

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

484

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

MALEK Hassan-Ali

Né le 5 Mai 1907, à Téhéran - IRAN (Perse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MÉGACÔLON DE L'ADULTE

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

MALEK Hassan-Ali

Né le 5 Mai 1907, à Téhéran - IRAN (Perse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MÉGACÔLON DE L'ADULTE

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcleux, 29
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTIN.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HERVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	
BRULE		BROcq	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...	Clinique	GATELLIER	Clinique
DONZELOT	médicale.	de GAUDART	chirurgicale.
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	
METZGER	Clinique
PORTES	obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA PATRIE (L'IRAN)

A MON PERE

*En gage de mon respectueux
attachement.*

A MA MERE

*Pour ma fierté d'être son fils,
j'offre ce modeste témoignage de
ma reconnaissante affection;
dans l'espoir de lui rendre le
plus possible de la tendresse in-
finie qu'elle m'a toujours prodi-
guée, et en gage de remerciement
pour le dévouement constant que
représente toute sa vie.*

A MES SŒURS

*Bien faible témoignage de ma
vive affection.*

A MON FRÈRE NASSER MALEK

Docteur de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Téhéran
Médecin des Hôpitaux de Téhéran

*Auquel je n'ai jamais cessé de
penser.*

*En témoignage de profond
amour fraternel, avec mon inal-
térable affection.*

A MES AMIS

*Que chacun de vous retrouve
ici une part d'affection.*

A MON CHER ONCLE
S. E. M. HOSSEIN L. ADHAM
(Loghmanned-Dowleh)

Docteur Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur
Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Téhéran

*Hommage de notre profond
respect.*

A MON BIEN CHER ONCLE
S. E. M. HASSAN L. ADHAM
(Kakimed-Dowleh)

Docteur Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Ministre de la Santé Publique
et de l'Instruction Publique
Député de Téhéran
Président du Conseil Municipal de Téhéran
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui ne cessa de me donner des
marques de son bienveillant inté-
rêt, en témoignage de ma res-
pectueuse admiration et de ma
profonde gratitude.*

A MON ONCLE ET CHER MAITRE

S. E. ABBASSE L. ADHAM

(Aalamol-Molk)

Docteur Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Téhéran
Médecin des Hôpitaux de Téhéran

*A qui je dois mes premières
notions de la médecine et dont la
vie sera toujours pour moi un
exemple de probité morale, de
vertu et de conscience profession-
nelle; en témoignage de ma re-
connaissance et de mon attache-
ment.*

A MON COUSIN ET CHER MAITRE

S. E. SAÏDE MALEK

(Loghmanel-Molk)

Docteur de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Téhéran
Chirurgien des Hôpitaux de Téhéran

*Témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MON CHER ONCLE

S. E. SALEH ADHAM

(Hechematossaltaneh)

Docteur en Droit de l'Université de Paris

Diplômé de l'Ecole des Sciences politiques

et de l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Faible témoignage de ma respectueuse admiration, de mon attachement et de mon impérissable, et immense gratitude.

A MES MAITRES

de la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier

(Première année de Médecine)

MESSIEURS LES PROFESSEURS

J. DELMAS, TURCHINI, G. LAUX, GRANEL

G. GIRAUD, PUECH, AIMES, BOULET.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER.

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre profonde
reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il nous soit permis de lui
adresser l'expression de notre
respectueuse gratitude, pour la
grande bonté qu'il nous a témoi-
gnée.*

A NOTRE CHER MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ CAIN
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré ce travail
et nous a guidé de ses précieux
conseils.*

*Qu'il me soit permis de lui
exprimer toute ma profonde gra-
titude pour sa très grande obli-
geance.*

A MES MAITRES
des Stages dans les Hôpitaux de Paris
(II^e, III^e, IV^e, V^e année de Médecine)

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI.

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION.

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. SCHWARTZ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. NOBECOURT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SEZARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI.

*Que chacun trouve ici sa part
de reconnaissance.*

Contribution à l'Étude du Mégacôlon de l'Adulte

INTRODUCTION

Sous le nom de mégacôlon généralisé ou localisé, on décrit, souvent, une affection du premier âge.

D'après la définition donnée par R. Bensaude et P. Hillemand : « La maladie de Hirschsprung est essentiellement caractérisée par l'allongement et la dilatation d'une partie ou de la totalité du côlon avec hypertrophie des parois, sans que l'on trouve un obstacle anatomique sous-jacent manifeste, intra ou extraintestinal ».

Bien qu'on puisse retrouver un certain nombre d'observations sur cette maladie, avant 1888, il faut attendre Hirschsprung (1888) pour avoir la première description classique, au point de vue anatomique et clinique de cette affection. Elle portera son nom.

A partir de ce temps, à la description faite par Hirschsprung, ont été ajoutés des renseignements importants sur la symptomatologie, la pathogénie et le traitement du mégacôlon.

« Grâce à la vulgarisation des techniques radiologi-

ques et rectoscopiques, Bensaude, dès 1911, insiste sur la fréquence des formes frustées de l'affection et montre qu'à côté des cas de diagnostic évident, il existe des formes latentes, des formes camouflées de la maladie de Hirschsprung, formes dont l'importance ne saurait être méconnue ».

Malgré que le mégacôlon fait partie de la catégorie des maladies de l'enfance, il ne faut pas prendre cette classification comme un principe absolu; car nombreux sont les cas où le mégacôlon est décelé dans l'adolescence, à l'âge adulte et même dans la vieillesse.

Favalli et Banks, décrivent le mégacôlon chez deux hommes d'une cinquantaine d'années, Carnot et Friedel citent l'observation d'un malade, chez qui, la maladie semble s'être développée entre 40 et 50 ans. Pierre Duval rapporte un cas chez une malade âgée de 36 ans, Picqué et Grégoire le cas d'une malade de 50 ans. Versé cite des cas de vieillards âgés de 65 et 72 ans. Riche a présenté à la Société de Chirurgie, en 1912, un mégacôlon survenu chez une femme de 70 ans et se traduisant depuis 3 ans seulement par une distension exagérée de l'abdomen, tout récemment André Cain, Arnous et Bézikovitch, rapportent une observation qui démontre nettement l'existence du mégacôlon total de l'adulte, sans que jamais leur malade ait souffert d'aucun trouble digestif jusqu'à l'âge de 51 ans.

Le mégacôlon localisé est, le plus souvent, bien toléré, et pour cela même, reste souvent latent, jusqu'à ce qu'un examen radiologique révèle son existence. C'est pourquoi on remarque, souvent, cette forme de l'affection chez l'adulte.

Tout au contraire, le mégacôlon total, « auquel d'ailleurs devrait être réservée la dénomination de la maladie de Hirschsprung, est une affection extrêmement grave », ne provoque pas seulement des troubles fonctionnels, mais aussi, une atteinte dystrophique profonde qui, par sa gravité même, compromet le développement du jeune enfant et fait qu'il a peu de chance d'arriver à l'âge adulte.

« Ainsi s'explique que le mégacôlon total ne soit qu'exceptionnellement constaté chez l'adulte. »

PATHOGENIE

Nous ne voulons pas décrire les nombreuses théories et hypothèses émises sur la pathogénie du mégacôlon, qui reste, toujours discutée d'ailleurs. Nous nous contentons seulement de citer l'avis émis par Sencert :

Sencert, admettait l'existence de trois sortes de mégacôlons :

1° — Un mégacôlon congénital qui existe dès la naissance et qui évolue rapidement;

2° — Un mégacôlon acquis, consécutif à un obstacle mécanique.

3° — Un mégacôlon qui, d'après Sencert, c'est le cas le plus fréquent, apparaît lentement, progressivement, de la jeunesse à l'âge mûr, et est dû à une malformation tissulaire des parois du gros intestin.

En Janvier 1928, R. Bensaude, André Cain et Layani, publiaient un cas très intéressant de mégacôlon, dont les manifestations sont apparues 1 an après une encéphalite épidémique.

A ce propos ces auteurs écrivent : « Il se peut que,

chez notre sujet, le mégacôlon soit réellement congénital et, resté latent jusque-là, n'ait été révélé qu'à la faveur des troubles complexes neuro-musculaires que l'encéphalite réalise. Ces troubles complexes auraient trouvé un véritable point d'appel dans la malformation cœlique.

« Sinon, il faudrait admettre que l'encéphalite a de toutes pièces créé la maladie de Hirschsprung, en réalisant un syndrome plus complexe encore que d'ordinaire, puisqu'il se complique de troubles gastriques. Nous ne pouvons que retenir l'hypothèse ».

Quelques auteurs, parmi lesquels Arthur F. Hurst, ont insisté sur le rôle important que joue le spasme des sphincters inférieurs dans la production du mégacôlon (Théorie neuro-musculaire).

Hurst admet qu'il existe à l'extrémité inférieure du tube digestif deux sphincters superposés.

L'un, anal, qui est constitué par le sphincter externe de l'anus et par la sangle du releveur. L'autre, pelvi-rectal, qui siège à la jonction rectosigmoïdienne, c'est-à-dire là où le côlon pelvien mobile s'unit au rectum fixe, à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée.

Et comme ces deux sphincters ont un rôle important dans le mécanisme de la défécation, on peut concevoir facilement l'effet que peut avoir la perturbation de leur fonctionnement pour conditionner le mégacôlon de l'adulte.

Par exemple leur spasme peut provoquer la stase

stercorale qui joue un rôle important dans la pathogénie du mégacôlon.

On a accusé aussi le régime végétarien presque exclusif, pratiqué dans le Nord de l'Europe, comme une des causes capables d'expliquer l'existence fréquente des mégacôlons en ces régions.

Pour Seillé : « Un dolichocôlon qui s'évacue bien sera parfaitement supporté, un dolichocôlon qui s'évacue mal, où se fait de la stase exagérera sa longueur, luttera contre l'obstacle valvulaire, et finalement se laissera forcer, se dilatera; ce sera d'abord un dolichomégacôlon, puis finalement un mégacôlon ».

SYMPTOMATOLOGIE

On sait que les trois signes capitaux de la maladie de Hirschsprung sont :

1°) La constipation opiniâtre;

2°) Le météorisme;

3°) La constatation d'une tumeur animée de mouvements péristaltiques.

Comme signes de moindre importance, on signale :

Le céphalée, l'anorexie, les renvois, les envies d'aller à la selle, les coliques, les tiraillements.

Le hoquet, les vomissements s'observent au cours de complications.

Grégoire fait remarquer la fréquence des troubles mentaux.

Les observations suivantes démontrent : la multiplicité des aspects de la maladie chez l'adulte.

OBSERVATION

Professeur Lecène.

Homme âgé de 28 ans, ouvrier polonais. Depuis plusieurs années présente des crises abdominales douloureuses avec ballonnement du ventre, constipation rebelle de 3 à 4 jours. On a pensé à l'appendicite chronique à cause de la douleur dans la fosse iliaque droite. Mais un examen plus attentif montre que la douleur siège également dans la fosse iliaque gauche, que les crises ne sont accompagnées ni de fièvre, ni de vomissements. *Une radioscopie révèle une distension considérable du côlon pelvien qui remplit la moitié de l'abdomen.*

Opération le 27 février 1924.

Après préparation. Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane sous-ombilicale. *On trouve un côlon sigmoïdien très distendu avec mésosigmoïdité rétractile.*

Résection totale du sigmoïde. Après hémostase soignée du méso très vasculaire. Entérorraphie circulaire en deux plans. Réfection du méso par deux surjets. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : 3 mois après, revu bien portant et débarrassé de ses crises douloureuses.

OBSERVATION

Docteur Bensaude.

Homme de 41 ans, qui vient consulter en Mai 1912, pour un léger suintement anal avec léger ballonnement du ventre et léger amaigrissement. On avait pensé à un néo-intestinal. Les selles étaient régulières; à l'examen rectoscopique, on constate :

1°) Une petite ulcération sus-sphinctérienne, qui peut être à l'origine d'une fistulette;

2°) Une *dilatation de l'anse sigmoïde* qui présente deux à trois fois le diamètre normal, sans qu'il y ait de valvule recto-sigmoïdienne.

La radiographie montre une dilatation et surtout un *allongement considérable de l'S iliaque*, dont le sommet se trouve dans la région splénique.

On institue un traitement médical qui fut continué pendant un mois.

Une nouvelle rectoscopie montre la disparition de la petite ulcération anale, mais la persistance de la dilatation sigmoïdienne.

En décembre 1912, un nouvel examen radiographique montre que malgré la longueur et la dilation de l'*anse sigmoïde*, la traversée digestive paraît à peu près normale.

OBSERVATION

(In Bensaude et Sorrel. Arch. des maladies
de l'appareil digestif et de la nutrition, 1914.)

Jeune homme de 17 ans.

Mégacôlon avec constipation opiniâtre, distension gazeuse, obstruction intestinale. Altération de l'état général. Rectoscopie : absence de tout rétrécissement rectal organique.

A 8 cm. de l'anus, sorte de valvule que l'on peut franchir en inclinant fortement le rectoscope à gauche.

Radiologie : refoulement du diaphragme et des organes abdominaux. *Distension de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum* forme une énorme poche recourbée sur elle-même, ayant la forme d'une cuisse et d'une jambe fléchie, et occupant toute une moitié de l'abdomen, du détroit inférieur au diaphragme mégasigmoïde.

Opération : Docteur Gosset, 24 octobre 1912.

L'S iliaque dilatée vient faire saillie dans la plaie et présente le volume d'un estomac avec des parois très hypertrophiées.

Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec exclusion unilatérale du gros intestin.

15 jours après, selle quotidienne spontanée, depuis les garde-robes ont été régulières : 2 selles spontanées par jour; le ballonnement, les douleurs ont complètement disparu. L'appétit est bon, le malade a engraisé et a repris sa profession.

Suites opératoires : 5 novembre 1913 : excellente san-

té, 2 ans après l'intervention : engraisé de 15 kilos, depuis l'opération, selles régulières 2 fois par jour.

Radioscopie : accumulation de bismuth dans l'intestin grêle, qui se comporte comme un segment du gros intestin. De l'intestin grêle, le bismuth passe directement dans la terminaison du gros intestin par la bouche anastomotique. Le cæcum, le côlon ascendant, le transverse, le côlon descendant sont visibles, grâce à leur contenu gazeux, clair, mais ils ne contiennent aucune trace de bismuth. L'exclusion du gros intestin reste parfaite et il n'y a chez ce sujet aucune espèce de reflux. (Voir dans l'article de Bensaude et Sorrel l'image radiographique).

En 1927, donc quinze ans après l'intervention, le Docteur Bensaude a revu le malade qui est en excellente santé, continue à aller à la selle régulièrement et peut exercer sans fatigue le métier de facteur des postes à la campagne. Une nouvelle radiographie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION

Docteur Monod (in Seillé)

V... René, 23 ans. Jeune homme malingre, amaigri, qui se plaint de douleurs abdominales et de constipation.

A 14 ans, il a présenté une pleurésie avec épanchement.

Il a été soigné par le Docteur Souques, en 1922, pour une myopathie; atrophie musculaire prédominante sur les muscles périscapulaires et sur le trapèze gauche. Sa constipation très marquée depuis quelques années, n'a nullement été améliorée par un traitement médical prolongé pendant 2 ans.

A la radioscopie, allongement considérable du côlon prédominant au niveau du côlon sigmoïde, qui est assez distendu : mégadolichocôlon.

Première intervention : le 8 septembre 1923, à l'hôpital Cochin. Résection du côlon sigmoïde, suture latéro-latérale juxta-terminale, après fermeture des deux bouts par deux surjets au fil de lin. Drainage.

Suites opératoires : il n'y a pas d'amélioration. La constipation persiste et le ventre augmente de volume.

Deuxième intervention : le 31 janvier 1924. Colectomie totale suivie d'iléo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : excellentes. Selles spontanées tous les 2 ou 3 jours, alors qu'auparavant le malade restait 8 à 15 jours sans aller à la garde-robe. Augmentation de poids de 3 k. 600. Mais le malade se plaint de douleurs

post-prandiales d'abord gastriques, puis à localisation à droite.

Troisième intervention : en 1927, à Cochin, où l'on se contente de libérer les adhérences à la paroi, l'anastomose iléo-sigmoïdienne fonctionne bien. Dans les suites, disparition des douleurs gastriques, mais le malade n'a pu être revu dernièrement.

OBSERVATION

(*André Cain, Arnous, Bézikovitch.*)

C..., 51 ans, représentant de commerce, se présente à notre examen en Juin 1938 pour une diarrhée rebelle qui dure depuis neuf mois. Jusqu'en 1929, C... n'a souffert d'aucun trouble digestif; il n'a pas eu de maladie notable. Les selles étaient régulières et moulées, d'abondance, de consistance et de couleur normales.

A la fin de 1929, il ressent pour la première fois, quatre heures environ après la fin des repas, une sensation de pesanteur et de tension épigastrique, en même temps qu'apparaît la constipation.

Le sujet reste quatre jour sans aller à la selle et sans émettre de gaz. Les lavements d'eau et d'huile sont sans action. Un lavement à base de bile amène une débacle à laquelle succède une nouvelle phase de constipation qui cède au bout de douze jours. Il subsiste une douleur épigastrique sourde, des alternatives de diarrhée et de constipation. Le malade est soumis à un régime alimentaire sévère et perd en trois mois 28 kilos. Il n'a jamais pu retrouver ultérieurement son poids initial.

En 1930, les troubles s'amendent, l'intestin est de nouveau régulier jusqu'en Septembre 1937, date où s'installe une diarrhée quotidienne, sans phases intercalaires de rémission ou de constipation. Les selles sont tantôt pâteuses, tantôt et plus souvent liquides (comme de l'eau), contenant de petites matières dures et fragmentées.

Cette diarrhée ne se modifie pas sous l'influence du régime.

Il est à noter que les selles sont toujours nocturnes, et débutent trois heures environ après le coucher.

Le plus souvent les évacuations se répètent deux ou trois fois par nuit, mais peuvent se succéder jusqu'à douze fois. Parfois, l'émission est involontaire, sans que le malade se réveille. Jamais, depuis Septembre 1937, C... n'a été à la selle dans le cours de la journée, même s'il reste alité.

Les émissions ne sont pas précédées de douleurs ou de coliques; la selle n'est pas impérieuse, l'appel à la défécation est normal. Les fèces sont de couleur brun clair, ne contiennent ni glaires, ni sang, ni graisses visibles. Elles ne sont pas fétides et s'accompagnent de gaz abondants et non odorants; leur volume n'est pas excessif.

L'interrogatoire ne fournit aucune autre donnée; le sujet n'a jamais été malade; en particulier, il n'aurait pas eu d'entérite, son ventre n'aurait pas été gros durant son enfance. Ajoutons qu'il ne présente aucune malformation apparente.

Au premier examen, on est frappé par sa maigreur qui rend plus évidente la déformation de la base du thorax et de l'abdomen.

Tandis que la partie supérieure du thorax n'est pas modifiée, sa base est considérablement élargie; elle est comme souflée, les côtes sont horizontales, les angles costo-xiphoïdiens effacés. La partie supérieure de l'abdomen participe à cette distension qui va en diminuant à

mesure qu'on se rapproche du bassin. En position debout, le ventre pointe vers le bas, en obusier. En position couchée, il s'étale transversalement et laisse apparaître avec plus de netteté l'élargissement de la base du thorax.

La peau est lisse, blafarde, sans circulation collatérale, l'ombilic n'est pas déplissé. Il n'y a pas d'ondes péristaltiques visibles sous la paroi. Au niveau des mamelons, la circonférence thoracique est de 92 cm. en expiration, de 98 cm. en inspiration forcée. A la base, elle est de 102 cm. en expiration et de 106 cm. en inspiration. Au cours des inspirations forcées, l'épigastre s'aplatit, le malade avale véritablement son ventre.

La palpation n'est pas douloureuse; l'abdomen est souple, on ne perçoit ni tumeur, ni masse stercorale. Le tympanisme est généralisé à tout l'abdomen, la matité hépatique a disparu, la rate n'est pas perceptible. Il n'y a pas de matité localisée dans les flancs, mais en secouant le sujet ou en percutant vivement la paroi, on entend des bruits de succession.

Le reste de l'examen est négatif.

Au toucher rectal, le doigt se meut (en battant de cloche) dans l'ampoule dont il atteint difficilement les parois.

La tonicité sphinctérienne est conservée. La Rectoscopie montre une ampoule extrêmement dilatée, sans modification de la muqueuse.

Il n'y a pas de valvule anormale, de rétrécissement ou de coudure.

L'instrument pénètre facilement jusqu'à 35 cm. de l'anus.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE fournit les renseignements les plus importants :

1°) Le diaphragme est refoulé en haut, à mi-thorax; l'hémi-diaphragme gauche est plus élevé que le droit, leur mobilité n'est pas diminuée. La rate apparaît nettement. A droite, le côlon s'interpose entre la coupole et le foie qui est basculé en bas et refoule vers la ligne médiane; position d'ailleurs intermittente, car, lors d'un deuxième examen pratiqué quelque jours plus tard, le foie est toujours disloqué, mais il est repoussé vers le flanc droit, sans que le côlon vienne s'interposer.

2°) L'examen en position debout met en évidence l'existence d'*images hydro-aériques*, disposées sur le trajet du côlon et dont les niveaux très larges se déplacent et oscillent selon l'inclinaison du sujet. Ces niveaux sont nombreux et formés dans tous les points de l'abdomen; certains sont si largement étalés qu'ils font penser à un hydro-pneumo-péritoine. Ils n'existent pas sur le trajet de l'intestin grêle.

3°) Dès l'examen radioscopique, on est frappé par *l'épaississement anormal des parois et des bandelettes coliques*, qui se détachent nettement sur la clarté gazeuse.

4°) En position horizontale, les niveaux s'effacent. Seule subsiste la clarté anormale étendue à tout l'abdomen.

5°) Un lavement baryté est administré sous faible pression. L'ampoule rectale est si spacieuse qu'elle comble le petit bassin. Le sigmoïde est dans le prolongement direct du rectum, sans coudure. Il est si volumineux que

son remplissage n'est qu'amorçé lorsqu'on juge prudent d'arrêter l'administration du lavement, après avoir fait pénétrer plus de deux litres de liquide.

6°) On donne quelques jours plus tard un lavement flocculant, dans l'espoir d'injecter en couche mince une plus grande partie du côlon, sans être contraint d'utiliser des quantités considérables de thorium.

On peut atteindre ainsi l'angle gauche; on suspend alors l'injection.

7°) Après ingestion de bouillie barytée, celle-ci se rassemble d'abord dans une cuvette, puis dessine une traînée projetée en avant par les anses coliques qui la refoulent.

La poche à air se constitue, mais le côlon s'interpose entre elle et le diaphragme.

Le bas-fond gastrique est à la hauteur des crêtes iliaques, l'évacuation pylorique est normale.

Il est impossible de suivre la progression du repas opaque dans l'intestin, car il se fragmente en une série de masses disséminées dans l'abdomen.

Ces examens ont été pratiqués prudemment, en évitant d'injecter sous pression le lavement. Les suites immédiates ont été très simples, le sujet a rejeté très facilement le repas et le lavement opaques.

Cependant, quelques jours après la fin de ces explorations, on peut noter un état nauséux, des coliques diffuses, une accentuation de ballonnement.

Les anses se dessinent sous la paroi et sous le siège, surtout vers le rebord costal gauche, d'ondes péristalti-

ques très énergiques. Cette crise qui s'accompagne de la rétention presque complète des matières et des gaz, ne dure que quelques jours et ne s'est pas reproduite depuis.

La déformation de l'abdomen et du thorax, jointe aux autres signes physiques, était assez caractéristique pour que nous avons pu d'emblée faire le diagnostic de mégacôlon.

Il n'en est pas moins vrai que seul, l'examen radiologique a pu en donner la certitude, montrer qu'il s'agissait d'un méga et non d'un dolichocôlon et préciser si le mégacôlon était total ou partiel.

Les descriptions classiques n'insistent pas assez sur ce fait qu'une telle réponse est apportée par l'examen direct, en position debout, sans préparation de substance opaque.

Il a suffi de placer notre malade debout, derrière l'écran pour noter deux signes essentiels :

— la distension gazeuse permanente et diffuse des côlons;

— la présence de niveaux hydro-gazeux.

La distension est énorme, elle est répartie dans tout l'abdomen et aboutit à un enchevêtrement et à une superposition tels qu'il est impossible de suivre le tracé du gros intestin et de démêler le siège respectif du sigmoïde, du côlon gauche et du transverse.

Les parois dessinent des bandelettes épaisses, surtout dans les zones où les rayons de Roentgen, en les abordant obliquement, en donnent une image élargie.

La distension transforme le côlon en un vaste sac, à la surface duquel ne s'inscrivent plus les incisures de contraction.

Les niveaux liquides compliquent encore la lecture des clichés, ils se disposent en tous points et se superposent; quelques-uns sont étroit, d'autres si étalés qu'ils donnent l'impression d'un hydro-pneumo-péritoine enkysté, tous sont mobiles selon l'inclinaison du sujet.

Les auteurs fondent d'ordinaire le diagnostic de mégacôlon sur le résultat du lavement opaque; il est habituel de lire qu'une quantité considérable de liquide, atteignant plusieurs litres, a été introduite sans qu'on arrive à remplir en totalité le cadre colique.

Il faut s'élever contre cette pratique.

L'exploration par lavement est certes indispensable lorsque le mégacôlon est partiel, en particulier lorsqu'il se cantonne au rectum et au sigmoïde, car il peut alors échapper à l'examen direct. L'injection du recto-sigmoïde permet également d'écarter l'hypothèse d'une lésion sténosante avec rétro-dilatation consécutive.

Elle contribue d'autre part à bien établir la différence morphologique entre le méga et le dolichocôlon.

OBSERVATION

(*R. Bensaude, André Cain, F. Layani.*)

Maurice E..., 16 ans, plombier, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour des troubles dyspeptiques, apparus il y a environ deux ans, en Mars 1925.

Jusque là d'une santé robuste, notre malade commence alors à se plaindre de digestions laborieuses, avec baillements et tendance au sommeil; il souffre d'un point douloureux dans la région sous-hépatique et de pesanteur gastrique. Ces malaises débutent immédiatement après le repas, durent 3 ou 4 heures, et reparaissent après le repas du soir. L'appétit reste très bon.

En Juillet 1926, le malade présente pendant 15 jours, aussitôt après le petit déjeuner, des vomissements bilieux peu abondants, accompagnés de vertiges et d'éblouissements.

Un médecin consulté pose le diagnostic d'appendicite chronique et, comme à l'examen des urines, il trouve des traces d'albumine, disparaissant d'ailleurs au repos, il institue un régime lacto-végétarien et déchloruré.

A partir d'Octobre 1926, apparaissent des crises douloureuses abdominales, d'allure paroxystique, qui déterminent l'entrée du malade à l'hôpital : aussitôt après les repas du matin et du soir, surviennent des douleurs très vives dans la région sous-hépatique, en même temps que le ventre se distend, pour atteindre deux ou trois heures après un volume considérable : angoissé, en proie à des sensations abdominales très pénibles, le malade se couche

sur le côté droit en chien de fusil ou sur le ventre, les jambes repliées sur le bassin. Au bout d'une demi-heure ou une heure, une débâcle de gaz par la bouche et l'anus met fin à la crise. Parfois, devant l'inefficacité de la position adoptée, le malade provoque un vomissement toujours très copieux, alimentaire, entraînant une évacuation abondante de gaz; le ventre se dégonfle comme un « ballon de baudruche »; le soulagement est presque complet jusqu'à la crise suivante. Cette crise s'accompagne de phénomènes réflexes plus ou moins vifs; les traits se tirent, le visage pâlit et se couvre de sueurs, le malade accuse des éblouissements, des vertiges; les phénomènes lipothymiques peuvent aller jusqu'à la syncope. Des débâcles diarrhéiques suivent parfois les crises mais, dans la règle, les garde-robes sont normales, le malade n'est pas et *n'a jamais été un constipé*.

En somme, il s'agit de troubles dyspeptiques qui commencent immédiatement après le repas, durent 3 ou 4 heures, s'accompagnent de douleurs dans la région sous-hépatique, de grands vomissements intermittents et de crises de ballonnement plus ou moins bruyantes, avec rejet de gaz par l'anus.

A l'examen, on trouve :

En période de crise, une distension globuleuse de tout l'abdomen, marquée surtout dans la région supérieure droite qui est douloureuse spontanément et au palper. La percussion montre un tympanisme exagéré; la palpation ne réveille aucun péristaltisme gastrique ou intestinal.

Dans l'intervalle des crises, la sensibilité de la région

sous-hépatique diminue mais garde toujours sa netteté, en respectant toutefois la zone vésiculaire.

Le ventre est de volume et d'aspect normal. La sangle abdominale est solide. La fosse iliaque droite est souple et indolore.

Le foie et la rate sont normaux, de même que le cœur et les poumons.

On ne retrouve en particulier ni albumine ni sucre; la T. A. est de 14-7 au Vaquez. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

Le *tubage à jeûn*, fait à plusieurs reprises, a toujours ramené une quantité relativement considérable de liquide (de 50 à 250 cm³). Ce liquide, sans odeur particulière, contient, fait important, de nombreux débris, visibles à l'œil nu, *d'aliments ingérés la veille ou l'avant-veille*; on y retrouve notamment des péricarpes de pruneaux. Son *étude chimique* a montré l'absence d'HCl libre.

L'absence de sang dans les selles comme dans le liquide gastrique, a été la règle du cours de multiples examens pratiqués à des heures variables.

Après repas d'épreuve, le chimisme gastrique donne les résultats suivants :

$$H = 0,56 \quad C = 0,20$$

L'étude radiologique, en même temps qu'elle met en évidence le mégacôlon, confirme l'existence d'une gêne de l'évacuation gastrique.

1°) A l'examen sans préparation préalable, on note une clarté aérique diffuse, due à des bulles volumineuses qui dessinent le trajet des côlons. Par contre, il n'y

a pas d'aérogastrie et l'intestin grêle, non distendu par les gaz, forme une masse sombre que le côlon entoure d'une large ceinture claire.

Au cours de certains examens, le foie garde des rapports normaux avec le diaphragme; à d'autres occasions, il apparaît basculé en bas, véritablement disloqué; l'interposition d'une énorme anse colique distendue le sépare du diaphragme qui prend une forme ogivale.

2°) Par ingestion de bouillie barytée, l'estomac se montre hypotonique et globuleux. La bouillie opaque tombe en flocons à travers un liquide de stase abondant et décante dans le fond de l'estomac qui se déforme en cuvette et descend au-dessous des crêtes iliaques.

Les contractions sont lentes, espacées, mais se développent symétriquement sur les deux courbures. L'évacuation pylorique s'amorce très tardivement et se fait avec une extrême lenteur. Le bulbe duodénal apparaît alors, mais il est aminci, étiré, à contours flous. Il se profile linéaire à travers une joue de clarté aérique et cylindrique qui est l'image du côlon distendu. Cette déformation du bulbe est due à une gêne extrinsèque et purement mécanique, car, dès que le malade est mis en décubitus ventro-latéral droit, l'image du bulbe se modifie complètement, elle prend son aspect normal, triangulaire, en flamme de bougie, ses contours deviennent nets, tandis que la clarté colique se déplace vers la droite et libère le duodénum qui s'injecte dans sa totalité. Mais les évacuations barytées restent très lentes et très espacées.

L'exploration du transit intestinal illustre d'une façon frappante ce retard à l'évacuation gastrique :

Le 10 mai, à 4 heures, un repas de 200 grammes de gélobarine est ingéré; à 10 heures, soit 6 heures après, la plus grande partie de la gélobarine est encore dans l'estomac.

Quelques anses grêles sont injectées; à 16 heures (12 heures après), la tête du repas est dans le cæcum et le côlon ascendant, l'estomac est encore rempli de bouillie opaque.

Le 11 mai à 12 heures (32 heures après), la tête du repas est à l'angle droit du côlon, il subsiste un résidu gastrique.

Le 12 mai à 10 heures (54 heures après) le sigmoïde est injecté dans sa totalité.

Le 13 mai, à 10 heures (78 heures après le repas), le sigmoïde est encore injecté et des amas de gélobarine parsèment le trajet des côlons.

3°) L'examen après lavement opaque apporte des précisions nouvelles. Après avoir dessiné l'ampoule rectale considérablement élargie, la bouillie opaque remplit le côlon sigmoïde.

Celui-ci, énorme et très long, décrit au-dessous du rectum une boucle de court rayon en sens inverse des aiguilles d'une montre, puis, oblique en haut et à droite, traverse tout l'abdomen et vient se loger sous le foie ou au-dessus de lui, sous la coupole diaphragmatique; il redescend ensuite vers la fosse iliaque droite pour se continuer avec le reste du gros intestin, formant dans son ensemble une sorte de large écharpe qui traverse le ventre en diagonale.

Le remplissage montre seulement une dilatation considérable, sans déformation des contours ni gêne dans la progression de la gélobarine. Quatre litres et demi de gélobarine sont nécessaires pour remplir l'anse sigmoïde nous avons cru prudent, dans la crainte d'un volvulus ou d'une obstruction due à l'accumulation d'une quantité excessive de cette masse inerte, de ne pas dépasser cinq litres de gélobarine; à ce moment, la substance opaque franchissait à peine l'angle gauche du côlon. A en juger par le volume des bulles gazeuses qui occupaient les portions non injectées, il aurait fallu introduire au moins 8 à 9 litres de gélobarine dans le gros intestin pour injecter sa totalité. Le lavement opaque est rendu sans coliques ni incident en plusieurs reprises. L'évacuation commence 48 heures après et se poursuit pendant 24 heures. Il ne persiste aucun résidu opaque sur le trajet colique.

Toucher rectal. — L'examen de l'anus et le toucher ne révèlent ni fissure ni spasme; l'ampoule est vide.

Examen rectoscopique. — L'instrument pénètre dans une cavité largement béante et peut être manœuvré avec une extrême facilité d'avant en arrière et de droite à gauche, son extrémité interne décrit une circonférence de grand rayon. On a l'impression d'une immense poche, d'une sorte de vaste cornue.

La muqueuse est rouge, légèrement vascularisée, elle est fendue, sans plissements.

Mais tandis qu'habituellement dans le cas de mégarectum, la progression du rectoscope est extrêmement facile sur une longueur de 20 à 25 centimètres et conduit dans un sigmoïde considérablement dilaté, dans notre cas, au

contraire, l'instrument est arrêté à 15 centimètres; il est impossible de le faire progresser au delà. On a l'impression non d'une bride ou d'une valvule, si fréquentes en l'occurrence (Bensaude et Sorrel) et qu'on arriverait à contourner, mais d'une coudure du rectum impossible à redresser.

Le mégacôlon dont nous venons de passer en revue les manifestations, s'est développé sur un terrain assez particulier.

Dès l'abord, on est frappé par le psychisme de notre malade. Il aime jouer à des jeux d'enfant, ne peut rien faire avec persévérance; il est puéril, insouciant, instable, avec des accès d'hypocondrie sans cause, suivis d'explosions de gaîté. Bien spéciale d'autre part est la stature de ce garçon de 16 ans. Il mesure 1 m. 78, pour une envergure de 1 m. 82 et un périmètre thoracique de 92 centimètres. Les extrémités sont larges, épaisses. Les mains énormes sont étalées, en battoir, les doigts gros et boudinés; les pieds sont larges, presque rectangulaires : le malade chausse 44. De même la langue est épaisse et large, les organes génitaux, verge et testicule, sont exagérément développés et les régions piliaries bien fournies. La discordance est manifeste entre ces caractères sexuels très accusés et le sens génésique totalement absent.

Nous sommes donc en présence d'un syndrome d'acro-

mégalie, fruste toutefois, car il ne comporte pas ses autres éléments habituels, la radiographie de la selle turcique montre que celle-ci a des dimensions normales. Il n'y a ni polyurie, ni glycosurie, l'exploration des champs visuels ne montre aucune anomalie.

Il semble qu'on puisse rattacher ces troubles de la croissance et de la stature, ainsi que cet état mental spécial à une encéphalite que notre sujet a présentée en 1924, à l'âge de 14 ans. Cette encéphalite épidémique, diagnostiquée à l'hôpital des Enfants Malades, fut soignée par le salicylate de soude. Diplopie, hypersomnie, fièvre durèrent un mois, puis disparurent. Ajoutons que c'est la seule affection, à part quelques maladies éruptives de l'enfance qui ait frappé notre sujet. Ses parents se portent très bien, ainsi que sa sœur, de deux ans plus jeune que lui. C'est à cette encéphalite que nous rapportons d'autre part, en l'absence de toute autre cause décelable, l'aréflexie achilléenne, constatée à plusieurs reprises et qui constitue un signe isolé, car, par ailleurs, nous n'avons trouvé aucune anomalie du système nerveux. Il n'existe aucune autre modification des réflexes tendineux, cutanés, sensoriels et oculaires. La sensibilité est normale à tous les modes. Il n'y a pas de troubles sensoriels, moteur ou vaso-moteurs.

L'exploration du système neuro-végétatif s'est montrée négative. La compression bioculaire ne modifie pas la fréquence du pouls qui bat à 70-72. Les injections d'adré-

naline et d'atropine n'ont pas donné de résultats appréciables.

Si l'on s'en tenait aux seules données de la clinique, ce cas de mégacôlon risquerait d'être méconnu, car, d'une part, un signe cardinal, la constipation, fait défaut, d'autre part l'ensemble des symptômes tend à orienter le diagnostic vers une affection gastrique ou duodénale. L'examen rectoscopique lui-même n'a pas fourni les renseignements habituels. Il a mis en évidence l'existence d'un mégarectum; mais l'impossibilité de faire progresser l'instrument au delà de 15 centimètres empêchait de préciser si le sigmoïde participait ou non à la dilatation.

1°. — La constipation, en effet, est la règle dans la maladie de Hirschsprung; elle peut durer de longues périodes, être bien tolérée, ou donner lieu à de véritables crises d'occlusion et être coupée de débâcles. Chez notre malade, au contraire, les garde-robes ont toujours été régulières, moulées, émises sans efforts, sans troubles et sans débâcles.

De tels faits sont rares et nous n'avons pu retrouver dans la littérature que les observations I et II de Bensaude et Sorrel qui puissent être citées. La première concerne un homme de 41 ans, venu consulter pour un suintement anal persistant, la deuxième un enfant de 6 ans, bien portant, qui présentaient un abdomen très volumineux. C'est précisément l'absence de constipation qui avait fait écarter par les médecins la maladie de Hirschsprung,

dont le diagnostic put être posé grâce à la rectoscopie et à l'examen radioscopique après lavement opaque.

2°. — Les symptômes gastriques occupent le premier plan et présentent une intensité extrême : le repas est suivi d'une digestion lente et pénible, accompagnée de crises douloureuses très violentes que terminent des grands vomissements alimentaires et des éructations en salves. Ces paroxysmes s'accompagnent d'une distension considérable de la moitié droite de l'abdomen, qui dès que la crise est terminée s'affaisse et redevient souple, sans que le palper puisse mettre en évidence une zone empâtée ou un point douloureux. S'agissait-il d'aérophagie aiguë, entretenue par la tachyphagie et les excès alimentaires, car notre jeune malade présentait de véritables fringales et ingérait gloutonnement des quantités considérables de pain ? Cette aérophagie ne pouvait être en tout cas qu'une manifestation accessoire, secondaire, incapable d'expliquer la rétention gastrique dont témoignent les vomissements alimentaires et le tubage à jeûn. A l'examen radiologique, elle n'apparaissait au moment des crises que d'une façon inconstante ; la notion essentielle était le retard considérable apporté à l'évacuation de l'estomac, puisque cette évacuation, à peine, commencée 6 heures après l'ingestion de gélobarine, n'était pas terminée 32 heures après.

Mais de cette stase gastrique considérable, on chercherait vainement la cause dans une lésion organique de l'estomac. Ses contours sont souples, ses contractions ré-

gulières et symétriques, l'organe est mobile et n'est pas douloureux. Il suffit de placer le sujet en décubitus ventral droit pour qu'un véritable déblocage se produise et libère le pylore, le bulbe et la première portion du duodénum. On se rend compte facilement que la gêne est extrinsèque et dûe à la compression qu'exerce la masse énorme du côlon distendu. Enfin, les examens habituels mettent facilement en évidence l'existence d'un mégacôlon qui, pour avoir été méconnu, n'en est pas moins à l'origine des troubles accusés par notre malade.

Si l'on consulte la très riche littérature qui a pour objet la maladie de Hirschsprung, on est surpris de voir qu'aucune observation comparable à la nôtre n'est relatée et que les symptômes gastriques ne font pas partie des descriptions habituelles.

Toutefois, une exception doit être faite en ce qui concerne les vomissements. Ils sont peu fréquents pour la plupart des auteurs, notamment Hirschsprung et Johannerer. Tuffier, toutefois en fait un symptôme habituel et, sur 88 cas de mégacôlon, trouve 33 cas de vomissements, dont 27 chez les enfants et adolescents, 6 chez les adultes.

Il semble en effet que les vomissements se rencontrent surtout soit dès la naissance, soit dans la première année; ils sont alors caractérisés par leur ténacité. Le plus souvent, ils coïncident avec la constipation et un météorisme considérable, plus rarement avec la diarrhée, parfois avec les alternatives de constipation et de diarrhée.

Ils n'ont pas d'horaire fixé, sont indépendants de l'ingestion d'aliments et coïncident avec les crises de distension abdominale et de colique.

Ils sont le plus souvent alimentaires, parfois ils sont constitués par des mucosités verdâtres, parfois même ils sont fécaloïdes (Koeppel, Escherich).

Sauf les cas où les vomissements sont en rapport avec des phénomènes d'occlusion souvent mortels, ils ne comportent par eux-mêmes aucune gravité et ne modifient pas l'évolution du mégacôlon. Il est difficile d'interpréter leur signification dans le premier âge, tant à cette période de la vie, ils constituent un phénomène banal. Plus tard, si l'on s'en rapporte aux quelques cas où un examen radioscopique est relaté et surtout aux constatations nécropsiques, il est logique d'incriminer la distension considérable du colon, comprimant l'estomac et aboutissant même à des déformations biloculaires, toujours réductibles.

A ce titre, l'observation de Keller (1) mérite d'être rapportée.

Bien que les vomissements ne fassent pas partie du tableau clinique, les troubles gastriques étaient assez nets pour que le mégacôlon ait été méconnu jusqu'à l'examen radioscopique après lavement opaque.

KELLER. — Un cas de mégacôlon avec troubles digestifs. *Soc. de gastro-enter.* In *Arch. des Mal. du tube digestif et de la nut.* 1924.

Il s'agit d'un malade dont les troubles gastriques se caractérisaient par une sensation de pesanteur après les repas, des douleurs tardives survenant trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments, un point sensible au niveau du creux épigastrique.

Après ingestion de 200 grammes de gélobarine, remplissage lent, pas d'anomalies des contours, hypercinésie marquée n'aboutissant à aucune évacuation; celle-ci est à peine amorcée six heures après le repas.

Un nouvel examen consécutif à une cure belladonnée, montre en station verticale l'existence d'une énorme poche à air gastrique et d'une aérobie gauche très marquée; au cours du repas, l'estomac présente une bilocution nette, réductible par le refoulement manuel. En décubitus dorsal, l'estomac s'évacue, le bulbe caché derrière l'antré se montre volumineux et non déformé. Un lavement opaque révèle l'existence d'un mégacôlon considérable, surtout gauche.

L'observation de Guinard se rapproche plus de la nôtre. Elle concerne un jeune homme de 15 ans atteint dès le plus jeune âge d'une constipation marquée et de crises de vomissements tardifs et abondants.

Ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents, et s'accompagnent parfois de tétanie. Le malade, très petit pour son âge, présente des stigmates accusés d'infantilisme. C'est un enfant, dit l'observation, grognon,

mélancolique, dissimulé, menteur à tout propos. Il nie, même pris sur le fait. A l'examen, on constate tous les signes d'une sténose pylorique, (tension intermittente de l'épigastre, contractions péristaltiques, clapotage à jeûn) ; les dimensions de l'estomac apparaissent très augmentées après insufflation.

L'intervention montre :

1°. — Une dilatation énorme et une hypertrophie des côlons, surtout au niveau du sigmoïde qui est allongé ;

2°. — Une torsion du côlon ascendant sur lui-même qui provoquait une coudure de l'iléon et, par compression, une dilatation du duodénum et de l'estomac en amont sans qu'il y eut un obstacle à leur niveau.

Pour expliquer les troubles de l'évacuation gastrique que présente notre malade, la première hypothèse qui vienne à l'esprit fait appel à une cause extrinsèque, telle que la compression et la gêne purement mécanique.

L'évacuation est en effet troublée, l'estomac ne se vide qu'à grand'peine, par un chenal filiforme, à travers le pylore et la première portion du duodénum écrasés et déformés. Mais si, grâce à une position favorable telle que le décubitus ventral latéral droit, on dégage la région pyloro-duodénale, le bulbe reprend sa forme normale, l'évacuation gastrique s'amorce, pour se poursuivre, il est vrai, avec une extrême lenteur. Elle cesse si le malade reprend la station debout.

Devant ce tableau, l'on songe aux troubles gastriques que l'aérocolie simple, lorsqu'elle est très marquée, est capable de réaliser. La compression et la gêne pylorique, la biloculation gastrique, la déformation et l'aspect vermoulu de la grande courbure sont alors des manifestations réductibles et qui cessent avec l'aérocolie. Mais il y a loin entre de telles modifications et le syndrome de sténose pylorique constitué au complet chez notre malade et l'on doit, au surplus, se demander si la seule gêne mécanique suffit à la réaliser. S'il en était ainsi, on comprendrait mal qu'un tel syndrome ne soit pas rencontré plus souvent au cours de la maladie de Hirschsprung. Or, c'est une notion banale que le mégacôlon peut contracter les rapports les plus imprévus, entraîner la biloculation gastrique, refouler l'estomac tantôt dans l'hypochondre droit, tantôt dans l'hypochondre gauche; tout au plus note-t-on en pareil cas des digestions lentes et pénibles, des crises aérophagiques, quelques vomissements; il semble que l'estomac s'accommode de la gêne extrême qu'il subit et fonctionne normalement dans les conditions les plus défavorables.

La seule compression, la simple gêne mécanique n'apportent donc pas, dans notre observation, une explication suffisante des troubles gastriques; aux causes extrinsèques doit s'ajouter une altération effective des fonctions de l'estomac.

Il est toujours difficile, quand il s'agit d'un fait isolé,

de proposer interprétation basée sur des données précises; c'est donc avec beaucoup de prudence et sous toutes réserves que nous voulons insister sur deux facteurs qui, à notre avis, ont contribué à donner à notre observation une allure si spéciale.

Ces deux facteurs sont : d'une part, les écarts de régime, d'autre part, les conditions étiologiques particulières qui permettent d'invoquer le rôle qu'a pu jouer, à l'origine de cette maladie de Hirschsprung, l'encéphalite épidémique.

1°. — Chez notre jeune malade, les écarts de régime sont accusés; c'est un gros mangeur, tachyphage, atteint de véritables fringales, et qui absorbe avec gloutonnerie des quantités énormes de pain (plus d'un kilo par jour), en dehors des heures de repas. Les troubles dyspeptiques qu'en résultent peuvent être tenus pour responsables en grande partie des crises d'aérophagie, de l'hypersécrétion, de la gêne pylorique, et de fait, en réglant et en surveillant l'alimentation du sujet, en lui imposant le repos post-pradial, en recourant aux cures atropinées et aux applications diathermiques, nous avons obtenu une sédation et un espacement des crises douloureuses.

2°. — C'est en 1925 que, pour la première fois, à l'âge de 14 ans, notre malade a présenté les crises douloureuses et les troubles digestifs auxquels nous assistons aujourd'hui.

Si nous consultons les statistiques, nous noterons que

la maladie de Hirschsprung est le plus souvent une maladie de l'enfance et que de bonne heure des troubles digestifs attirent l'attention.

L'un de nous, reprenant avec Hillemand, la statistique de Lowenstein (1907) trouve dans 88 cas, 55 observations où la maladie remonte par ses signes cliniques à la naissance; 13 fois elle se révèle dans le cours de la première année; les cas récemment publiés concernent presque tous des enfants. Toutefois, cette règle n'est pas absolue; il est des cas où le mégacôlon a été décelé dans l'adolescence, à l'âge adulte et même dans la vieillesse.

Notre malade d'autre part ne présente aucune des malformations congénitales (spina bifida, hernie, ectopie testiculaire, etc...) dont la coexistence avec le mégacôlon a été si souvent signalée. Ses parents sont bien portants et exempts de toute tare.

Par contre, à défaut d'autres antécédents pathologiques, il est remarquable que les troubles digestifs ont fait leur apparition dans l'année qui a suivi une encéphalite épidémique, dûment diagnostiquée; en même temps que ces troubles sont survenues les modifications psychiques et staturales que nous avons décrites.

Parmi les séquelles de l'encéphalite les modifications psychiques, les troubles trophiques sont aujourd'hui bien connus, toutefois, nous n'avons pas signalé de lésions de l'appareil digestif.

Il se peut que, chez notre sujet, le mégacôlon soit

réellement congénital et, resté latent jusque-là, n'ait été révélé qu'à la faveur des troubles complexes neuro-musculaires que l'encéphalite réalise. Ces troubles auraient trouvé un véritable point d'appel dans la malformation colique.

Sinon, il faudrait admettre que l'encéphalite a de toutes pièces créé la maladie de Hirschsprung, en réalisant un syndrome plus complexe encore que d'ordinaire puisqu'il se complique de troubles gastriques. Nous ne pouvons que retenir l'hypothèse.

Nous ne croyons pas, en tout cas, que le rôle éventuel de l'encéphalite aggrave le pronostic dans la présente observation. Si l'on met à part les troubles gastriques que le régime et la thérapeutique ont d'ailleurs améliorés, le mégacôlon est remarquablement bien toléré, n'entraîne ni constipation, ni débâcles, ni phénomènes d'intoxication. C'est dire que le moment n'est pas venu d'envisager une intervention chirurgicale, iléosigmoïdostomie ou colectomie.

OBSERVATION

(*P. Carnot, G. Friedel.*)

M. F... Léon, 55 ans, cafetier, vient nous consulter à l'hôpital Beaujon pour un ballonnement abdominal considérable et pour des accès de dyspnée consécutifs. Rien à noter dans les antécédents héréditaires : ses quatre frères sont bien portants. Comme antécédents personnels, F... a eu une fièvre muqueuse à 6 ans. Il se souvient avoir eu aussi dans son jeune âge, assez souvent, des crises de coliques, localisées dans le bas-ventre, accompagnées de débâcles diarrhéiques ; mais rien, dans son histoire, jusqu'à l'âge de 40 ans n'attire l'attention sur la possibilité d'un mégacôlon. Il avait, en effet, une très bonne santé et a fait son service militaire pendant 4 ans, sans un jour d'infirmerie, supportant la fatigue, les marches, les manœuvres. Depuis, comme garçon limonadier, il a fait quelques excès d'alcool qui lui ont donné des pituites. Malgré quelques bronchites banales tous les hivers, l'état de santé est resté très bon jusqu'à 40 ans.

F... n'a jamais eu, notamment, ni pleurésie, ni rhumatismes, ni troubles digestifs importants. Marié, il est père d'une grande fille ; sa femme n'a jamais fait de fausses couches. A partir de 40 ans, le malade se plaint d'une dyspnée d'effort assez marquée à la marche et en montant les escaliers. En même temps des crises de coliques se sont produites une ou deux fois par mois, toujours avec douleurs localisées dans le bas-ventre et dans les reins. En même temps flatulence marquée, avec émission de nombreux gaz intestinaux qui soulageaient le sujet. Dès

cette époque, crises de palpitations à début brusque et de courte durée, les battements du cœur étant alors nettement perçus à gauche.

Il y a huit mois, en Juin 1919, F... eut brusquement une obstruction intestinale complète : pendant douze jours le malade eut le ventre très ballonné et, simultanément, il ne rendit par l'anus ni gaz ni matières. Après force lavements et purgations et au bout de douze jours seulement, les évacuations reprirent progressivement, les selles redevinrent régulières mais restèrent liquides, pâteuses.

Depuis, le ventre se ballonne beaucoup après chaque repas, prenant des dimensions très considérables. Ce ballonnement ne se dissipe que par le repos, après la nuit surtout. Le décubitus sur le côté gauche est impossible, parce qu'il donne au malade des palpitations et de la dyspnée, le décubitus sur le côté droit, au contraire, soulage ces troubles. C'est aussi depuis la crise d'occlusion que les battements cardiaques se sont déplacés vers la droite et que les jambes enflent le soir après la fatigue de la journée.

Etat actuel : homme amaigri, pâle, avec figure un peu bouffie; gérontoxon accentué; réflexes pupillaires normaux.

Ce qui frappe d'abord, c'est le développement extrême du ventre. L'abdomen est, en effet, ballonné avec localisation plus particulière de ce ballonnement dans la partie gauche et jusque sous les fausses côtes gauches. La paroi abdominale est flasque, mince; à travers elle on aperçoit, par moments, de larges mouvements péristaltiques

ressentis douloureusement par le malade. Pas de douleurs, nulle part, à la pression. On accroche facilement le bord libre du foie à deux doigts au-dessous du rebord costal. La palpation ne permet pas de localiser l'estomac ni la rate; mais la radioscopie nous montrera ces organes très déviés vers la droite. Pas de circulation collatérale.

Le thorax est légèrement élargi dans sa partie gauche inférieure; dans la partie droite du thorax, on voit deux foyers de battements : un premier dans les sixième et septième espaces, en dehors de la ligne mamelonnaire droite, un second, en ondulations étalées, dans les troisième et quatrième espaces en dedans du mamelon. Cette particularité donne, au premier abord l'impression qu'il s'agit d'une inversion des viscères, impression qui, nous le verrons, est entièrement inexacte. L'auscultation permet de constater un léger frottement systolique à la base, à droite du sternum. La pression artérielle, prise le matin à jeûn, donne une maximum de 18 et une minimum de 11 du pachon. Pouls 86.

L'examen du poumon permet de noter, à gauche et en avant, un espace de traube très sonore, la sonorité remontant dans les quatrième et troisième espaces : au-dessus, légère submatité qui se retrouve en arrière des deux côtés. Gros râles de bronchite. A gauche, au-dessous de cette zone de condensation par refoulement, souffle amphorique à timbre doux avec tintement métallique dû à la vibration de la caisse sonore constituée par l'angle colique prolabé dans le thorax.

Pas d'albumine dans les urines.

Examen radioscopique : lorsqu'on examine le malade debout, on est frappé immédiatement de la grande transparence de toute la partie gauche de l'image : l'abdomen présente un très large segment clair correspondant au côlon dilaté; la zone claire s'étend jusqu'à la ligne médiane. En haut elle est limitée par la voûte diaphragmatique gauche; mais celle-ci est reportée très haut et atteint, par son point culminant, le troisième espace intercostal. On pouvait penser d'abord à un estomac très dilaté par aérophagie; mais une sonde, introduite dans l'estomac, démontra que cette poche à air n'avait rien de commun avec l'estomac.

L'ingestion de sulfate de baryte montre d'autre part que l'estomac est reporté nettement à droite de la zone gazeuse; nous avons donc bien affaire à un côlon descendant et à un angle splénique démesurément dilatés par des gaz, occupant toute la partie gauche de l'abdomen jusqu'à la ligne médiane.

Cet aéro-mégacôlon a refoulé tous les viscères (qui, normalement sont situés à gauche) dans la moitié droite de l'abdomen :

1° Tout d'abord, le cœur apparaît battant énergiquement à droite; il est, en effet, dans sa presque totalité, reporté dans l'hémithorax droit, immédiatement à droite de l'angle colique gauche dont il est séparé par une ligne sinuée qui représente le diaphragme : il forme, avec les gros vaisseaux de la base, une masse sombre à grand axe oblique de haut en bas et de gauche à droite. La partie inférieure seule est animée de battements. Un deu-

xième centre de battements ondulatoires est aperçu le long du bord gauche de l'ombre cardiaque.

2° Au-dessous de l'ombre cardiaque et séparée d'elle par la coupole diaphragmatique droite, se voit l'ombre du foie. Ce viscère est refoulé complètement dans l'hypochondre droit: il est abaissé et paraît avoir subi un mouvement de bascule autour de son axe antéro-postérieur, ce qui fait, de sa face inférieure, une face gauche et, de son bord libre, un bord presque vertical.

3° La rate projette son ombre près de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, contre la masse claire du côlon descendant qui, par contraste, la rend évidente.

4° L'estomac rempli par un lait de baryte, apparaît refoulé dans la partie droite de l'abdomen, le long du bord libre du foie et derrière lui. Son fond descend au-dessous de la pointe du foie.

L'image gastrique ressemble à celle que l'on obtient dans les examens de profil, et, en effet, la compression a fait virer l'estomac de 90° autour de son axe vertical.

b) Pour nous rendre mieux compte de la forme et de la situation du côlon dilaté, nous avons pratiqué une radioscopie en position couchée avec lavement baryté; le rectum se remplit normalement; au-dessus de l'ampoule, s'étale l'anse sigmoïde, courte, mais de calibre à peu près normal. Puis, on voit la baryte remplir le très large côlon descendant qui a un calibre bien supérieur à la normale; arrivé à mi-hauteur de ce côlon; la baryte se déverse à droite et commence à remplir une cavité, très large également, qui est la partie gauche du côlon

transverse. La jonction des côlons descendants et transverse commence donc à mi-hauteur du côlon descendant, tandis que le sommet de l'angle colique gauche monte jusqu'au niveau de troisième côte. Mais, la baryte se déversant dans le transverse, toute la partie supérieure de l'angle est occupée par des gaz qui la distendent, refoulant le diaphragme et, par la même, les organes thoraciques sous-jacents; pareille forme pourrait être comparée à celle des larges siphons contournés des appareils hygiéniques à chasse automatique. Elle montre combien grandes sont les dimensions des côlons, notamment au niveau de l'angle colique gauche.

Ayant déjà introduit à ce moment plus de 2 litres $\frac{1}{2}$ de liquide baryté pour remplir seulement le côlon descendant et une petite partie du transverse, nous interrompons le lavement dans la crainte de produire une distension trop forte; mais cet examen a suffi pour montrer, d'une part, l'absence d'obstacle ou de coudure (qui aurait pu s'apposer à l'introduction rétrograde du liquide baryté) et, d'autre part, le calibre énorme du côlon.

En résumé, nous avons affaire à une maladie de Hirschsprung, avec exagération du calibre de tout le segment abdominal.

Le méga-aéro-côlon paraît s'être développé lentement et tardivement; en effet, on n'en trouve pas trace avant l'âge de 40 ans. Depuis cette époque, le sujet a accusé une dyspnée d'effort et des crises coliques répétées. Mais le premier phénomène important a été la crise d'occlusion intestinale subite qu'il a présentée il y a huit mois, à 54 ans, qui a duré douze jours et qui a cédé devant le

risque constant des crises d'obstruction, devant l'intensité de la dyspnée et de la tachycardie, devant l'image radiographique impressinnante de déviation du cœur, proposons-nous une intervention chirurgicale, pour laquelle le malade est confié au Docteur Lardennois, dont on connaît l'habileté et la compétence en chirurgie colique.

L'opération a lieu le 23 avril 1920. En voici le compte rendu d'après une note que M. Lardennois a eu l'obligeance de nous communiquer.

Anesthésie : 1 ctg. $\frac{1}{2}$ de morphine sous-cutanée. Rachianesthésie avec 10 dtg. de sincaïne Clin.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Le côlon, énormément dilaté, fait immédiatement sailli lors de l'incision. On constate qu'une torsion du côlon s'est faite en sens inverse des aiguilles d'une montre et que cette torsion intéresse tout le côlon depuis le transverse sous-hépatique jusqu'à l'angle recto-sigmoïdien. Dans sa torsion, côlon a entraîné le grand épiploon vers la gauche et une adhérence s'est établie entre cet épiploon et la face inférieure du mésocôlon transverse. L'intestin grêle a été entraîné également dans la fosse iliaque gauche et a souffert de ce déplacement; il est œdématié. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Le segment sigmoïdo-rectal présente, sur une étendue de 6 à 7 cm. un épaississement très marqué des tuniques intestinales donnant au doigt l'impression d'un sphincter épais, comparable, par sa consistance, au pylore; cette portion est manifestement spasmée.

La position des viscères une fois repérée, M. Larden-

nois fit une colectomie totale sur la partie supérieure du rectum par un bouton de Villard.

L'opération dura 1 h. 50 : huile camphrée et caféine ; malade nullement shocké. A la fin de l'opération, la respiration est un peu rapide, le pouls est à 92, bien frappé. Le malade, un peu refroidi, accuse des coliques et de la fatigue.

Le lendemain, pouls à 110, température 37°5 ; pas de symptômes de shock.

Pour éviter le retour trop brusque des viscères à leur position normale dont ils étaient depuis longtemps déshabitués, on fit un gros paquetage ouaté, une compression permanente remplaçant partiellement le mégacôlon extirpé.

Mais le surlendemain, tous les phénomènes paraissant normaux, ce paquetage fut malheureusement supprimé au pansement suivant : survinrent alors des sueurs, une dyspnée assez forte, quelques faux pas cardiaques, de la toux.

L'état général n'était cependant pas mauvais lorsque, brusquement, le malade fut pris de collapsus cardiaque et mourut en quelques instants.

L'autopsie n'a pu être faite (opposition). Mais la pièce chirurgicale enlevée permet de préciser les détails anatomiques de la lésion.

Le côlon enlevé mesure 1 m. 47 et a une circonférence de 47 cm. Il est fortement dilaté et se présente avec des dimensions énormes faisant songer à un intestin de bœuf ; non seulement son calibre, mais aussi sa longueur sont

considérablement accrus, déterminant, par là même, quelques tendances aux plicatures : l'augmentation de sa longueur a provoqué, d'autre part, une torsion générale en sens inverse des aiguilles d'une montre, ayant entraîné le grêle vers la gauche.

Les parois coliques sont, d'autre part, ainsi qu'il est de règle, hypertrophiées à la fois quant à la couche musculaire longitudinale et à la couche circulaire. Cette hypertrophie des fibres circulaires affecte même, à la partie inférieure, la forme d'un véritable sphincter, fait déjà noté au cours de l'opération.

De cette observation, il nous semble que l'on peut tirer quelques enseignements :

1° En premier lieu, il s'agit là d'un côlon allongé et distendu dans son ensemble, correspondant bien à la description classique de la maladie de Hirschsprung; mais ce mégacolon a été tardivement acquis, puisqu'il semble s'être entre 40 et 50 ans.

On ne trouve dans le passé du sujet, rien qui fasse penser à une malformation congénitale. Rien, non plus, dans les troubles colitiques antérieurs ou dans une constipation chronique tenace ne permet d'expliquer une rétro-dilatation acquise par suite d'une sténose ou d'une coudure ayant provoqué des poussées de rétention et des augmentations progressives de volume du côlon. Il est cependant bien probable qu'il en a été ainsi; mais l'hy-

hypertrophie des tuniques musculaires constatée sur la pièce opératoire, l'épaisseur même d'une zone musculaire en forme de sphincter, semblent devoir être considérés plutôt comme une conséquence réactionnelle que comme une cause de la dilatation colique.

Il en est de même des coutures anormales, avec formation d'éperon, qui semblent responsables des crises d'obstruction totale présentées par le malade, car elles peuvent être considérées comme des conséquences de l'allongement colique, le côlon ayant alors une tendance naturelle à se plisser et, par là même à se couder anormalement.

Quant à la cause même du mégacôlon, acquis tardivement à 40 ans, sans troubles antérieurs, on ne peut faire que des hypothèses, ainsi que dans beaucoup de cas analogues d'ailleurs.

OBSERVATION

(Professeur Lecène.)

Homme de 30 ans, ouvrier Polonais, souffre du ventre depuis 2 ans surtout. De temps à autre, il présente une crise de douleurs abdominales diffuses, avec constipation rebelle durant 3 à 4 jours sans vomissement, ni fièvre, mais l'obligeant à interrompre son travail. La douleur dans la fosse iliaque droite est assez nette, mais le malade déclare aussi souffrir à gauche. Actuellement, il n'y a pas de fièvre et le ventre est souple. On réveille une douleur nette dans la fosse iliaque droite, mais aussi dans celle du côté gauche. Le diagnostic d'appendicite chronique paraît peu vraisemblable.

La radioscopie montre, en effet, un mégacôlon sigmoïdien des plus nets. Plus de 2 litres de lavement baryté n'arrivent que difficilement à remplir le côlon pelvien qui monte verticalement très haut, pour redescendre vers la fosse iliaque gauche, la bouillie barytée remplit ensuite péniblement le côlon ascendant.

Opération le 16 Janvier 1924 (après préparation soignée : 10 gr. d'huile de ricin pendant 5 jours), anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un *mégacôlon sigmoïdien* considérable, légèrement tordu sur son méso, avec mésosigmoïdite rétractile à la base.

Résection totale du sigmoïde distendu. Hémostase du méso. Entérorrhaphie circulaire en deux plans. Reconsti-

tution du mésosigmoïde. Réunion de la paroi sans drainage.

Suites éloignées : a été revu 3 mois après en très bon état; il va à la selle chaque jour, n'a plus souffert depuis l'opération. Excellent résultat.

OBSERVATION

(Professeur Gosset.) (in Seillé.)

M. D... Camille, 36 ans. Le malade entre pour une constipation opiniâtre. Le début remonte au mois de Février 1925, par des crises douloureuses de l'abdomen, accompagnées de constipation, puis de diarrhée et même parfois de melœna léger. On porte le diagnostic d'entérite muco-membraneuse, puis d'appendicite chronique. Le 9 janvier 1926, appendicectomie qui n'amène aucun soulagement. Au contraire, à partir de ce moment, le malade maigrit progressivement et perd 7 kilos en 18 mois. La constipation s'exagère et pour obtenir une ou deux selles par semaine, il doit utiliser toutes les variétés de purges, laxatifs et lavements. En même temps, douleur 1 heure et demie après les repas, dans la région pré-ombilicale, irradiant parfois à l'omoplate droite ou à tout l'abdomen. Ballonnement du ventre. Etat nauséeux constant, jamais de vomissement. Céphalée, fatigue générale. Appétit assez bien conservé. A l'examen : l'abdomen est souple, un peu distendu, douloureux dans la fosse iliaque droite et sur le trajet du côlon transverse. Le foie est normal.

Examen pré-opératoire : appareils circulatoire et respiratoire normaux, coagulation 3 m. 5. Azothémie, 0 gr. 60 0/00, ni sucre, ni albumine dans les urines.

Radiographie : montre un mégacôlon sigmoïdien,

Opération : le 9 juillet 1926. Opérateur : Professeur

Gosset. Aides : MM. Loewy et Iselin. Anesthésie à l'éther.
Durée 33'. Incision médiane sous-ombilicale.

On voit un S iliaque long et distendu.

Résection et anastomose bout à bout. Drain. Paroi à la soie .

Suites opératoires : le lendemain de l'opération et les jours suivants, la température reste entre 38 et 38°5. Le huitième jour, elle tombe à 37° et y demeure.

Ablation des fils le neuvième jour, du drain le treizième jour.

Le malade sort guéri le vingtième jour.

Suites éloignées : le 29 décembre 1928.

Etat général parfait. A engraisé de 11 kilos. Selles quotidiennes, une fois par semaine le malade prend une pilule laxative d'aloès, plus par précaution que par besoin.

Appétit excellent, plus de nausées ni de céphalées.

A l'examen, ventre souple, de volume normal. Cicatrice linéaire, paroi solide.

La radiographie, faite ce même jour, montre un côlon de calibre, de longueur, de situation normale. L'anastomose côlo-côlique est parfaite et ne montre aucun rétrécissement. Donc 2 ans et demi après l'opération, résultat excellent.

OBSERVATION

(Docteur Navarro.)

G... P..., 55 ans. Sans autre antécédent intéressant qu'une constipation opiniâtre qui s'accroît depuis l'âge de 40 ans : le malade est obligé de se purger tous les deux ou trois jours.

Il y a deux ans, rétention des matières pendant dix jours, avec ballonnement du ventre très prononcé. On proposa une opération que le malade refusa. On finit par vider le rectum par extraction manuelle.

Le 18 novembre, ce malade entre dans mon service, avec une nouvelle crise : vomissement, grand ballonnement, menace d'occlusion qui ne cède à rien. On lui a donné, avant que je le voie, des purgatifs, des lavements huileux, des lavements électriques, sans résultat.

Le ventre est tellement ballonné qu'on ne peut bien sentir l'anse du mégacolon, cachée qu'elle est par des anses grêles dilatées.

Au toucher, on trouve une ampoule presque normale, un sphincter ni dilaté, ni facilement dilatable et, très haut dans le rectum, un pli de la muqueuse qui n'est pas le sphincter de Nélaton dont l'existence est constatée au-dessous. On peut atteindre ce repli, on n'arrive pas à le franchir; on sent seulement, au-dessus de lui, une masse résistante dont on ne peut déceler la nature.

19 novembre : laparotomie.

Au milieu des anses grêles, dilatées et refoulées, on voit l'anse mégacôlique : elle est formée par le *cæcum* et tout le côlon, sauf le côlon pelvien. Celui-ci présente un état particulier qui doit être signalé : il s'évase, s'élargit par en haut pour se continuer avec l'anse dilatée, puis présente un aspect ampuliforme. Il y a trois ampoules, trois dilatations remplies de matières extrêmement dures; la dernière ampoule plus grande que les autres est éloignée du plancher pelvien de quelques centimètres, et elle est terminée en bas, par un repli très prononcé qui est, comme on peut le constater ensuite, le repli valvulaire qu'on sent au toucher.

A remarquer que ce côlon pelvien présente un méso de différentes hauteurs; plus grand au niveau des ampoules, presque nul au niveau des pseudo-rétrécissements ou valvules.

L'anse mégacôlique présente l'aspect classique : elle est remplie de matières pâteuses et de plusieurs masses véritablement pierreuses, qui occupent le côlon iliaque et le côlon pelvien. L'aspect de la séreuse est le même que dans tous les mégacôlons, l'appendice, en forme de tire-bouchon, avec un méso entortillé; le *cæcum* très dilaté, très aminci, prêt à se perforer; le grêle, rempli par des matières, mais sans lésion particulière.

On essaye en vain de vider le côlon en poussant les matières dans le rectum et l'on fait une côlotomie pour évacuer l'intestin, puis un iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin, en plus on fait un anus *cæcal* pour pouvoir laver l'anse incomplètement vidée.

Pendant quarante-huit heures, le malade alla si bien

qu'on le crut sauvé : il avait des selles liquides avec un bon pouls et sans température; mais le troisième jour, la péritonite se déclara, et il mourut le quatrième.

A l'autopsie, péritonite généralisée.

OBSERVATION

(A. Cade, Ch. Roubier, J.-F. Martin.)

C..., 75 ans, concierge, entre, le 30 mai 1912, salle B. Teissier.

Antécédents : père mort d'une attaque d'apoplexie. Mère morte très âgée, quatre frères ou sœurs morts d'affections pulmonaires.

Personnellement, aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 15 ans, ménopause à 50 ans; les règles ont toujours été régulières. Elle n'a eu ni enfant, ni fausses couches.

Elle a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu (à 38 et 60 ans). Depuis le jeune âge, bronchites fréquentes et répétées, les hivers, sans hémoptysies.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre ou cinq ans, peu à peu, la malade a vu son ventre grossir; au début, elle a eu quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche, mais c'est seulement depuis trois mois que l'abdomen offre le volume qu'il présente actuellement. Depuis la même époque, la malade accuse une dyspnée de plus en plus marquée, présente de l'œdème des jambes et perd ses forces.

A l'entrée, l'abdomen est le siège d'un météorisme énorme, absolument généralisé, aussi accentué à la partie médiane que dans les flancs. Par places, on voit sur le ventre, ainsi météorisé, des sillons ou des lignes légèrement déprimées, séparant des zones très météorisées, comme si les diverses parties du gros intestin, très dilaté, se dessinaient sous la paroi.

L'ombilic n'est pas déplissé, mais plutôt rétracté.

Circulation veineuse sous-cutanée, très accusée dans les flancs.

Partout, il existe une sonorité tympanique; il n'y a aucune zone de matité. Pas de flot net; cependant, ébauche d'ondulation quand on recherche le flot lombo-abdominal.

Circonférence de l'abdomen à l'ombilic : 116 centimètres.

En agitant la malade, on obtient un bruit de succusion très net, surtout dans la région sous-ombilicale : c'est un bruit hydro-aérique, présentant une résonnance métallique et d'ailleurs variable à chaque examen.

Il existe une volumineuse hernie inguinale droite, non réductible.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse; d'ailleurs, la malade ne souffre pas spontanément de son ventre; elle se plaint seulement de gêne respiratoire. Pas de vomissements; digestions assez faciles.

Grosse constipation depuis assez longtemps; la malade va rarement à la selle et émet peu de gaz; pas de faux besoins, ni de débâcles, diarrhéiques, ni de sang dans les matières.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Œdème accentué des membres inférieurs et de la vulve.

Appareil respiratoire : la malade est dyspnéique (36 respirations par minute), tousse beaucoup. A l'auscultation des poumons, nombreux ronchus et sibilances et quelques râles fins aux bases. Rien de net aux sommets.

Le cœur est un peu rapide, régulier; pas de bruits anormaux.

Pas de température.

Les urines n'ont ni sucre, ni albumine.

L'examen du système nerveux est négatif. Au toucher vaginal, on note que les culs-de-sac sont distendus et effacés.

Réaction de Weber, recherchée avec les fèces, est négative.

31 Mai. — On note aujourd'hui un bruit de succussion intense sous-ombilical. A certains moments, on voit se dessiner sous la peau de l'abdomen les contractions péristaltiques du gros intestin distendu.

La malade, très constipée, ne peut aller à la selle malgré les lavements d'huile.

Le 1^{er} Juin : examen radioscopique. L'abdomen apparaît très clair, et cette clarté, due à la masse intestinale, est barrée en quelques endroits par de minces traînées foncées (répondant vraisemblablement à des insertions mésentériques).

L'ombre du foie tend à prendre une position verticale, refoulé qu'il est latéralement par l'intestin. Le cœur est soulevé et presque couché sur le diaphragme.

Après ingestion d'une soupe de bismuth, l'estomac apparaît refoulé contre le diaphragme. Vingt-quatre heures plus tard, le bismuth est vu à la partie inférieure de l'abdomen; sa limite supérieure, sensiblement horizontale, remonte un peu plus haut à droite qu'à gauche, et présente des mouvements quand on secoue la malade.

Tous ces détails se voient nettement sur les radiographies faites par M. Cluzet.

5 Juin. — Les fèces donnent une réaction de Weber positive.

Examen rectoscopique (M. Cade) : le rectoscope est arrêté à 15 centimètres de l'anus, c'est-à-dire au niveau de la partie inférieure du côlon sigmoïdien (spasme). Au point d'arrêt, on voit une muqueuse un peu congestionnée, sans autres lésions.

10 Juin. — L'état de la malade allant en s'aggravant, on lui propose une intervention.

Opération. — Sous-anesthésie locale, M. Bérard pratique une colostomie iliaque; dès que l'intestin est ouvert (à l'aide d'un gros trocart), les gaz s'échappent; en quelques secondes, le ventre est complètement dégonflé et s'affaisse. Il ne sort que du gaz, peu fétide, et pas de matières. L'abdomen est alors devenu très flasque; la hernie droite ne rentre pas et est absolument irréductible.

Immédiatement après que l'intestin a été ouvert, la malade s'est sentie très soulagée et respirait plus facilement.

Malgré l'opération, l'état général est resté mauvais. Le soir, la malade présente de la cyanose, des sueurs profuses; les poumons sont pleins de râles de bronchite.

Mort trente-six heures après l'opération, dans le collapsus.

Autopsie pratiquée le 13 juin, trente-huit heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il existe un peu d'ascite (un peu de liquide dans le petit bassin). Le gros intestin apparaît très distendu dans sa totalité et a la forme d'un N; l'estomac est en haut, situé entre les deux parties droite et gauche du côlon transverse qui forme un V à la pointe inférieure. L'intestin grêle est refoulé en arrière, à la partie postérieure de la cavité abdominale, et également dans la hernie; celle-ci ne contient que des anses grêles. Dans le tiers inférieur de l'abdomen, il existe une symphyse péritonéale à peu près totale; le collet de la hernie est oblitéré par des fortes adhérences. De plus, en haut, il existe une forte adhérence de l'angle gauche du côlon avec le diaphragme dans la région de l'appendice xiphoïde.

L'orifice de la colostomie se trouve sur la partie gauche du côlon transverse. Le foie est très refoulé sous le diaphragme.

On dissèque ensuite le gros intestin, en remontant du rectum au cæcum; il est dilaté à peu près uniformément de l'S iliaque au cæcum. Le rectum a ses dimensions normales. Sur le côlon ilio-pelvien, en un point situé à 25 centimètres de l'anus, on constate l'existence d'une zone indurée; à ce niveau, il existe une sténose manifeste; en ce point rétréci, on peut seulement introduire l'index. A la coupe, on note à cet endroit, un épaississement fibreux de la paroi intestinale sur une étendue de 3 à 4 centimètres; cet épaississement porte sur les tuniques musculouse et sous-muqueuse, qui sont transformées en un tissu scléreux dense; la muqueuse ne présente à ce niveau aucune altération apparente et n'est pas ulcérée.

Au-dessus de ce point sténosé commence la dilatation énorme étendue à tout le gros intestin. Après lavage de ce dernier (qui est encore plein de bismuth), on se rend compte que la muqueuse est très congestionnée par places et présente quelques replis. En outre, on voit de minimes zones arrondies ou ovalaires au niveau desquelles la paroi est très amincie; il s'agit de petites ulcérations diastaltiques ou stercorales, mais comme au niveau de beaucoup d'entre elles, les bords sont arrondis et non déchiquetés, et qu'on observe une petite saillie sur le point correspondant de la face externe de l'intestin, on se demande s'il ne s'agirait pas de petites hernies de la muqueuse ou diverticules.

Les parois du côlon sont assez notablement épaissies, et en quelques points ont une consistance fibreuse.

Au niveau de l'angle colique gauche et de la zone qui adhérerait au diaphragme, il existe une petite ulcération à tendance perforante, circulaire; à cet endroit, la paroi intestinale présente une certaine dureté et une consistance un peu analogue à celle constatée au niveau de la sténose de l'S iliaque.

Le cæcum, outre sa distension, n'offre aucune particularité.

L'appendice, l'intestin grêle sont normaux.

Longueur totale du gros intestin : 2 m. 20; circonférence du gros intestin : au-dessus de la sténose; 28 centimètres; au niveau de la colostomie : 38 centimètres; plus haut, toujours sur le transverse : 35 centimètres; au niveau du cæcum : 25 centimètres.

L'estomac ne présente rien de spécial.

Foie : plaques de périhépatite. Quelques adhérences peu marquées autour de la vésicule; celle-ci renferme un gras calcul. Rien d'anormal sur les coupes.

Rate : périsplénite intense. Parenchyme normal.

Reins : petits, sans lésions apparentes.

Cœur : plutôt petit. L'orifice mitral est un peu étroit et admet à peine deux doigts.

Aorte normale.

Poumons : cicatrices aux sommets. Bronchite purulente. Congestion marquée de la base droite.

Capsules surrénales; organes génitaux; rien d'anormal.

Examens histologiques :

1°. — Sténose du côlon sigmoïdien. Il s'agit d'une sténose inflammatoire. La muqueuse a, en grande partie, disparu; on voit encore le fond des tubes glandulaires. Le tissu conjonctif de la muqueuse a subi une transformation scléreuse, contient une assez riche infiltration inflammatoire et beaucoup de néo-vaisseaux.

A noter un kyste glandulaire assez volumineux.

La sous-muqueuse est également épaissie, scléreuse, avec infiltration inflammatoire.

La tunique musculieuse est en grande partie sclérosée.

Pas de lésions histologiquement tuberculeuses.

2°. — Ganglion (pris dans le voisinage de la sténose) : rien de spécial; aucune lésion tuberculeuse.

3°. — Intestin au-dessus et loin de la sténose. La paroi est très épaissie dans son ensemble. La muqueuse

a presque complètement desquamé. La sous-muqueuse, épaissie et scléreuse, contient quelques discrets infiltrats lymphocytaires. Le muscle est sclérosé, et contient des traînées ou îlots d'ailleurs assez discrets de lymphocytes. Peu d'épaississement de la sous-séreuse.

4°. — Coupe d'un diverticule. Il s'agit, comme toujours, en pareil cas, d'une dépression de la paroi tapissée par la muqueuse. On note une grosse diminution à ce niveau de l'épaisseur de la musculuse.

Conclusion. — Chez notre malade, nous avons eu affaire, en définitive, à un cas de mégacôlon symptomatique, ou de dilatation hypertrophique du gros intestin, produit par une sténose du côlon sigmoïdien, sténose inflammatoire fibreuse d'emblée d'origine et de nature discutable, peut être tuberculeuse.

OBSERVATION

(Docteur Monod.) (in Seillé.)

Mme S..., 29 ans, espagnole habitant le Maroc, souffre depuis l'enfance de constipation. On note dans ses antécédents une fièvre typhoïde, suivie d'une crise de neurasthénie au cours de sa première grossesse; jusqu'à 22 ans, santé précaire, mais pas de troubles fonctionnels. Il y a 5 ans, douleur abdominale droite, attribuée à un rein flottant. En 1919, il y a trois ans, le ventre commence à grossir d'abord du côté droit, gonflement accompagné de crises douloureuses. En Juin 1922, le ballonnement se généralise à tout l'abdomen et, à cette époque se produit une première crise d'obstruction : ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières. Elle est admise dans une clinique à Malaga où l'on diagnostique un cancer de l'estomac et où elle séjourne un mois. En août 1922, la distension du ventre augmente et elle va à Gibraltar où elle est opérée (ablation de brides suppression d'adhérences ?). Quatre jours après, les douleurs réapparaissent, mais le ventre reste plat pendant 2 mois, puis le gonflement de l'abdomen recommence jusqu'à atteindre des proportions considérables. Nouvelle consultation à Gibraltar où l'on conseille une intervention pour une sténose gastrique. Elle se décide alors à venir à Paris. Elle consulte le Docteur Enriquez, qui conclut à une obstruction intestinale et conseille de tenter un examen radioscopique.

L'examen radioscopique montre l'existence d'un mé-

gacôlon, le lendemain les signes d'obstruction s'accroissent.

Le ventre énorme est tendu à éclater, et le Docteur Monod est appelé d'urgence en consultation le dimanche matin 17 septembre 1922.

Malade pâle, amaigrie, de constitution malingre, le ventre énorme est celui d'une femme enceinte à terme.

Première intervention : le lendemain matin, le Docteur Monod trouve un mégacôlon total, uniformément dilaté, sans rétrécissement des coudures et il pratique une iléo-sigmoïdostomie basse,

Cette intervention est suivie d'un aplatissement du ventre, de la suppression des douleurs et la malade repart très améliorée pour le Maroc en mars 1923.

En Mai, le gonflement du ventre recommence; la malade revient en France. Le ventre très distendu est presque aussi volumineux que la première fois. La malade consulte le Docteur J. Charles Roux qui confirme la proposition du Docteur Monod de pratiquer une colectomie totale.

Deuxième intervention : en Novembre 1923, on trouve des lésions très accentuées de péritonite plastique, disséminées tout le long du gros intestin, l'anse sigmoïde est tordue sur elle-même au-dessus de l'anastomose. On pratique une colectomie totale (du cæcum au niveau de l'anastomose sur l'anse sigmoïde, le gros intestin réséqué mesure 2 m. 32, lésions de méésentérite rétractile très accentuées avec brides multiples, coudant ou comprimant en de multiples points les différents segments du gros intestin).

. L'opération pratiquée avec une anesthésie rachidienne à la novocaïne fut parfaitement supportée.

Suites excellentes, le ventre est plat et non douloureux et la malade se disant complètement guérie repart pour le Maroc au début de Janvier 1924.

Au mois d'Avril surviennent des crises douloureuses localisées à l'estomac, accompagnées de vomissements rendant l'alimentation très difficile. Cet état persiste avec des accalmies et des aggravations en 1925 et 1926.

En Août 1926, la malade revient en France et le 25 août 1926 un examen radiologique du tube digestif est pratiqué par le Docteur Darbois qui, ignorant que l'on a fait une colectomie totale à la malade constate une telle colisation du grêle qu'il décrit le trajet du lavement baryté comme se faisant dans un côlon normal « le lavement baryté progresse rapidement et sans arrêt dans le rectum, l'anse sigmoïde, le côlon ascendant, et s'arrête au niveau de l'angle splénique du côlon. Toute la partie du gros intestin injectée présente une énorme dilatation correspondant à 2 litres de liquide, il n'y a aucune communication radiologiquement visible entre l'iléon et l'anse sigmoïde. L'estomac mis en évidence par une portion barytée se remplit en un seul temps, il est un peu étiré longitudinalement. Il est fonctionnellement fermé par la compression gazeuse qui exerce sur le duodénum l'angle sous-hépatique du côlon dilaté par des gaz. Si on refoule vers la droite cet angle sous-hépatique on libère le duodénum et on obtient un fonctionnement pylorique momentanément correct.

Conclusions de l'examen radioscopique : méga-sig-

moïde et mégacôlon, arrêt du lavement baryté au niveau de l'angle splénique du côlon, probablement par une bride ou une coudure. La bouche artificielle iléo-sigmoïdale n'a pas fonctionné pendant l'examen radiologique. Estomac atone dont l'évacuation est fonctionnellement gênée par l'aérocolie ».

Au début de Spetembre 1926, le Docteur Monod est appelé auprès de cette malade qui est en traitement depuis plusieurs semaines dans une clinique de Bellevue en raison de son état de dépression mentale. Elle refuse toute nourriture, vomit tout ce qu'elle prend, ne garde même plus les liquides. En réalité, il s'agit d'une sténose très serrée du pylore qui est confirmée par une nouvelle radiographie, mais l'état est si précaire que toute intervention paraît impraticable. La malade est soumise au traitement des lavages d'estomac suivis d'introduction de lait et soutenue avec des injections de sérum. Le 14 septembre, sur les instances de la famille, le Docteur Monod se décide à intervenir pour la troisième fois.

Troisième intervention :

1°. — Libération de nombreuses anses grêles adhérentes à la paroi.

2°. — Un volvulus au voisinage de l'anastomose par torsion du recto-sigmoïde est fixé à la paroi postérieure, à gauche de la ligne médiane.

3°. — Il existe, en outre, une symphyse duodéno-hépatopariétale très accentuée, comprimant le duodénum. Libération des nombreuses adhérences et gastro-entérostomie.

Les suites furent excellentes. La malade put s'alimen-

ter immédiatement après. L'amélioration persiste un mois après, si bien que la malade put repartir pour le Maroc. Depuis cette date, elle a été perdue de vue.

Un ganglion mésentérique, prélevé au cours de l'intervention, a montré qu'il s'agissait d'une adénite tuberculeuse (quelques follicules, nombreuses cellules géantes et épithélioïdes).

OBSERVATION

(*Professeur Gosset.*) (in Seillé.)

Mme B..., 82 ans, entrée le 4 avril 1922 à l'hôpital Privé, pour phénomènes d'occlusion intestinale.

Constipation de toujours obligeant la malade à prendre un laxatif chaque fois.

En 1915, survint une crise un peu semblable à celle qui a déterminé l'opération : c'était une crise de constipation avec ballonnement du ventre et douleurs, qui a duré 8 jours. Plusieurs purges furent sans résultat. On fit un lavement avec un tube intestinal très long, qui, laissé en place, permit l'évacuation. Il s'est agi probablement d'une crise de volvulus incomplet.

Plusieurs petites crises depuis 1915, avec ballonnement se terminant par l'évacuation de gaz abondants et avec affaissement du ventre.

Le 1^{er} Avril 1922, début d'une période de constipation, mais cette fois sans émission de gaz. La malade ne s'inquiète pas au début, mais la distension du ventre augmente, des nausées surviennent. Pendant 48 heures, aucune émission de gaz : coliques douloureuses, vomissements de bile. Le 4 avril, admission d'urgence. Ballonnement considérable avec péristaltisme; état nauséux continu, la moindre ingestion de liquide provoque un vomissement. Langue sèche.

Première opération le 4 avril 1922, à 5 heures du soir. Opérateur Professeur Gosset. Aides : Docteurs Desplas et

Sardou. Anesthésie régionale. Détorsion du mégacôlon sigmoïde. Extériorisation et résection immédiate.

Suites opératoires : première selle par l'anus artificiel, 2 jours après l'intervention; fils enlevés le 13 avril.

Deuxième opération (Pr. Gosset). Fermeture de l'anus. On réincise au niveau de l'ancienne cicatrice médiane. On libère les deux bouts de l'intestin. En libérant le bout supérieur, qui est très mince, on fait une petite perforation à 1 cm. au-dessus du point d'anastomose. On la ferme, après avoir suturé les deux bouts ensemble par quelques points simples. On a laissé une collerette cutanée au bout inférieur; par dessus, on met un plan pariétal, pour consolider la suture intestinale. Petit drain, car le milieu est septique. Fermeture avec 2 petites soies.

Suites opératoires : la fermeture de l'anus ne tient pas.

En Décembre, 7 ans après l'opération, la malade se porte aussi bien que le comporte son grand âge (89 ans). Les selles qui se font uniquement par l'anus contre nature sont difficiles et ne s'accomplissent qu'à l'aide de lavement et de laxatif. Mais la malade ne présente plus de crise de ballonnement ni de coliques abdominales.

OBSERVATION

(*Delore, Gaillard.*)

Une femme de 39 ans entre dans le service de M. le Docteur Cade le 14 février 1921, venant de l'hospice d'Albigny, où elle est hospitalisée depuis trois ans comme incurable. Depuis l'âge de 12 à 13 ans, elle souffre d'une constipation opiniâtre, telle qu'elle n'a jamais obtenu de selles de lavements ou purgations répétées. Elle n'a été réglée qu'à 21 ans. Mariée à 30 ans elle eut trois enfants, morts en bas âge, elle a toujours été d'une santé très fragile, dit-elle, mais ce n'est que depuis sept ans environ que sa constipation s'est accrue progressivement, accompagnée de crises douloureuses abdominales diffuses avec ballonnements. Les matières sont constamment dures, ovillées, rendues avec peine à la suite de lavements ou de purgations et souvent après un arrêt complet de plusieurs jours. Même les gaz sont émis avec difficulté. Depuis trois ans, la malade est complètement invalide, elle a maigri et se plaint d'une anorexie complète.

Un état névropathique prononcé s'ajoute aux troubles organiques : la malade gémit continuellement, se soumet difficilement à l'examen, et réclame deux fois par jour une injection de morphine à laquelle elle est habituée depuis quelque temps.

L'examen de l'abdomen le montre météorisé avec prédominance de la voussure dans les flancs, le gauche particulièrement. A droite, on remarque une cicatrice d'appendicectomie faite il y a quinze ans par le Docteur

Durand, mais qui ne fut pas motivée par une infection péritonéale aiguë.

La palpation de l'abdomen est douloureuse tout le long du trajet colique, et surtout dans le flanc gauche. On ne trouve pas d'ondes péristaltiques ni de tumeur. Le toucher rectal ne fait constater que la présence de matières dures dans le haut rectum. L'examen des autres organes est à peu près négatif.

L'examen radioscopique (Docteur Cade) pratiqué sur la malade couchée après lavement bismuthé (3 litres) « montre une dilatation énorme intéressant le haut rectum, l'S iliaque et surtout le côlon descendant et ne paraissant pas dépasser l'angle colique gauche ».

En présence de cette image, M. le Docteur Cade conclut au diagnostic du mégacôlon partiel, probablement d'origine congénitale.

Le 8 mars, une radiographie faite par M. le Docteur Japiot donne la même impression d'un mégacôlon partiel gauche dépassant l'angle gauche, mais n'atteignant pas l'angle droit ni le côlon ascendant.

Le 20 mars, la malade est envoyée dans le service de M. Delore en vue d'une intervention.

Le 22 mars, intervention. Laparatomie sous-ombilicale, puis remontant jusqu'à mi-chemin de l'appendice xyphoïde : on trouve un mégacôlon total portant plus particulièrement sur l'anse sigmoïde et sur le cæcum. Tout le gros intestin est flottant pourvu d'un long méso où apparaissent par places des tractus blanchâtres.

La partie droite du transverse est rétrécie, presque plicaturée par la présence du grêle (anse duodéno-jéjunale)

qui passe devant lui en écharpé. Cette anse grêle forme charnière autour de laquelle les deux moitiés du gros intestin tendent à se plier comme les deux feuillets d'un livre.

En présence de ces lésions, M. Delore se décide à faire une résection totale, qui nécessite d'abord une section du gros intestin au niveau de l'anse grêle préjacente. On termine par une iléo-rectostomie termino-terminale.

Les suites opératoires furent d'abord bonnes. Pendant trois jours, la malade eut une diarrhée abondante qui a cessé depuis; les selles sont devenues d'aspect normal, mais nécessitent souvent un lavement. Il y a cinq jours on dut inciser une collection purulente de l'hypochondre gauche et cette complication au vingt-troisième jour, empêche de pouvoir porter une appréciation sur les suites définitives de l'intervention.

OBSERVATION

(R. Grégoire, Pierre Duval.)

D... Gabrielle, cinquante ans, entre au Pavillon de chirurgie le 1^{er} octobre 1912, venant du service du Docteur Mathieu, hôpital Saint-Antoine. L'interne du service, M. Giraud, a bien voulu me remettre la note suivante :

« Cette malade a été opérée il y a eu un an, pour occlusion intestinale aiguë; on lui fit une laparatomie médiane sans établissement d'anus. Elle rentre dans le service avec une occlusion datant de quatre jours. M. Labey l'opéra d'urgence et lui pratiqua l'appendicostomie. On trouva une anse sigmoïde énorme, dilatée et hypertrophiée. Le 10 avril 1912, a été opérée de mastoïdite. La fermeture de la bouche appendiculaire s'est opérée dans le service.

« Elle revient au mois de juin pour constipation opiniâtre. Elle part pour le Vésinet dans un état satisfaisant, mais présentant encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle rentre de convalescence, et c'est dans cette période qu'elle est prise de troubles psychiques qui nous obligent à la transférer à Sainte-Anne.

« A ce moment, son état intestinal était le suivant : selles sans lavement, se produisant tous les deux jours environ. Quelques légères brûlures dans la fosse iliaque droite ».

Dans le certificat qu'il a rédigé, notre collègue Mathieu signale les troubles mentaux suivants : l'agitation et l'excitation, les menaces au personnel et aux autres ma-

lades, les tentatives de suicide et les tendances aux fugues.

Sur ma demande, la note suivante m'a été remise par mon excellent collègue Labey qui a opéré le malade.

« Cette femme présentait des symptômes d'occlusion intestinale aiguë avec ballonnement énorme. Je fis une la parotomie et constatai que le ballonnement était dû uniquement à la distension de l'anse qui était véritablement monstrueuse.

Pour y voir clair, je ponctionnai cette anse et je pus alors voir de petites brides blanchâtres ressemblant à des lésions scléreuses de péricolite qui fixaient et coudaient l'anse dilatée. J'en sectionnai un certain nombre, espérant que cela suffirait, momentanément au moins. Toutefois, comme soupape de sûreté, je fis en même temps une appendicectomie. Je me proposais ultérieurement de faire une résection. C'est alors que M. Mathieu reçut cette malade dans son service en observation.

« Cette femme se trouvant bien (je crois que la fistule cæco-appendiculaire s'était fermée spontanément), a dû quitter l'hôpital et je n'ai pu lui faire l'opération radicale que je me proposais de pratiquer.

« A son arrivée à l'asile le 1^{er} octobre, le Docteur Briand, médecin en chef de l'admission, établit le certificat suivant : est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution, on la tourmente, on l'injurie, on lui jette des objets malpropres dans les cheveux ; préoccupations hypocondriaques à l'occasion de

troubles dyspeptiques réels. Agitation anxieuse par intervalles.

« La malade m'est adressée au Pavillon où je l'ai observée pendant plusieurs jours; les symptômes qu'elle présente sont caractéristiques. La distension du ventre est énorme, mais n'a pas été mesurée. Le ventre est asymétrique et la tuméfaction est surtout prononcée à gauche; il existe des mouvements péristaltiques très prononcés; dès qu'on percute le ventre, le mouvement de reptation des anses s'accuse.

La percussion démontre une sohorité totale; aucun signe d'ascite. La palpation ne révèle l'existence d'aucune tumeur. La malade souffre peu, contrairement à l'opinion des auteurs qui considèrent la douleur comme constante.

La constipation est absolue. Pas d'intolérance gastrique et de vomissement. Le pouls et la température sont normaux. La malade n'accuse pas de débâcles si fréquemment observées.

Le ballonnement s'accuse chaque jour davantage sans provoquer de nouveaux troubles fonctionnels. L'état général reste satisfaisant.

Le diagnostic de mégacôlon, déjà établi par M. Mathieu, n'est pas douteux. Il affecte cliniquement la forme occlusive.

L'intervention est décidée et pratiquée par M. Grégoire, aidé de M. Ch. Line, assistant, le 8 novembre 1912. Voici la note qu'il a consignée sur la fiche opératoire (n° 88).

' Le ventre ouvert, on constate que la distension porte sur la terminaison du gros intestin.

« Le côlon iliaque, le côlon pelvien et même le rectum sont élargis. Le début de la lésion commence assez brusquement à la hauteur de la crête iliaque environ. La terminaison se fait vers le rectum, mais non d'une façon nette. L'anse est énorme comme un côlon de cheval, on distingue à peine les bandelettes musculaires; il n'existe plus de bosselures comme normalement; la paroi est épaissie, les vaisseaux énormes, les ganglions hypertrophiés. Le reste de l'intestin paraît normal.

« Opération. — L'anse distendue est réséquée. Pour faire l'anastomose M. Grégoire, d'abord se rend compte des connexions de l'anse. Il constate qu'elle est tordue sur son pédicule mésocolique, qui fait sur son axe un tour environ dans le sens des aiguilles de montre. Clamps à intestin aux deux extrémités de l'anse. Résection facile. Suture et ligature des vaisseaux du mésocôlon.

« Le bout inférieur est fermé. Le bout supérieur implanté sur la face antérieure du rectum par anastomose termino-latérale. On laisse un tamponnement important dans le petit bassin et un drain derrière l'utérus. L'opération a duré soixante-dix minutes. Les suites opératoires ont été très simples.

« La malade est aujourd'hui guérie ».

CONCLUSIONS

D'après ce qu'on vient de voir, dans les observations précédentes, on peut conclure que :

I. — Il importe de ne pas confondre le dolichocôlon et le mégacôlon.

« Le dolichocôlon est un allongement du côlon sans augmentation de calibre (R. Bensaude). »

Le dolichocôlon atteint la totalité ou certains segments du cadre colique, sans modifier la paroi, sans troubler le péristaltisme et la synergie des contractions.

Le mégacôlon, au contraire, s'accompagne le plus souvent d'hypertrophie de la paroi; le péristaltisme est troublé; ainsi s'explique la différence des images radiologiques : « Dans le dolichocôlon, le côlon est allongé et à peine distendu, sa paroi se contracte, se creuse d'incisures, n'est pas épaissie, les niveaux hydrogazeux sont exceptionnels et ne se voient qu'au cours de périodes passagères de subobstruction ».

Le diagnostic entre le mégacôlon et le dolichocolôn simple est un diagnostic radiologique.

II. — Le mégacôlon n'est pas strictement une maladie de l'enfance.

Quoique d'une fréquence moindre, mais avec un certain nombre de cas qui ne sont pas négligeables; on peut la rencontrer chez l'adulte.

III. — Les manifestations de la maladie de Hirschsprung, chez l'adulte, sont moins précises ou prennent l'aspect d'une symptomatologie d'empreint. On conçoit qu'elle soit souvent méconnue.

Nombreuses sont les observations qui montrent que les malades ont été opérés d'abord avec le diagnostic d'appendicite chronique (la forme pseudo-appendiculaire) de salpingite, ou de rein flottant.

Chez une malade observée par Andérodias, on avait posé le diagnostic de grossesse.

Le mégacôlon méconnu peut se traduire par une diarrhée d'apparition brusque; mais c'est le plus souvent le volvulus qui étant la complication la plus fréquente de la maladie, chez l'adulte, fait diagnostiquer le mégacôlon méconnu.

Bensaude et Sorrel ont pu signaler un cas de mégacôlon qui ne s'accompagnait d'aucun trouble de santé.

En somme le diagnostic de mégacôlon est presque facile dans les formes caractéristiques, mais, quand il s'agit de forme fruste ou de forme camouflée les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

Il ne faut pas confondre la tumeur formée par l'anse dilatée avec une péritonite tuberculeuse enkystée, ou

avec une grosse rate. Le diagnostic le plus difficile est de ne pas prendre un mégacôlon pour un kyste dermoïde de l'ovaire (Pozzi, Tuffier).

Dans le kyste de l'ovaire la compression peut provoquer la constipation, qui existe aussi dans la maladie de Hirschsprung; de plus la consistance du mégacôlon ressemble assez à celle de kyste de l'ovaire; on conçoit donc l'erreur de diagnostic qui peut en résulter, et c'est la laparotomie qui tranchera alors souvent la question.

IV. — Il est quelques points sur lesquels nous attirons l'attention :

a) Les observations concernant les adultes mettent surtout en relief l'augmentation du volume de l'abdomen; elles ne signalent pas l'élargissement de la base du thorax. Il est remarquable d'ailleurs que cet élargissement ne compromette pas, le plus souvent, la tonicité du diaphragme et des muscles abdominaux.

b) Il est exceptionnel que le mégacôlon de l'adulte entraîne des indications opératoires, hormis les cas où s'établit un volvulus de l'anse sigmoïde.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
LOEPER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BENSAUDE (R.) et HILLEMANT (Pierre). — Mégacôlon —
Mégasigmoïde. (in R. Bensaude. *Maladies de l'Intestin*. Page 148, tome II. Massan et Cie, 1932).
- CAIN (André), ARNOUS, BEZIKOVITCH. — Le mégacôlon
total de l'adulte. (*Le documentaire médical*. N°
39, Mars 1939).
- GRÉGOIRE (R.) et DUVAL (Pierre). — *Bulletins et mémoi-
res de la Société de Chirurgie de Paris*. Janvier
1913.
- Docteur NAVARRO (Alfredo) de Montévidéo. — *Bulletins
et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*.
Page 444, Tome XXXIX, 19 janvier 1913).
- SENCERT (L.) et SIMON (R.). — Deux cas de mégacôlon
guéris par la côlectomie. (*Arch. franco-belges de
Chirurgie*, XXV, 1922, n° 6, Mars, page 493).
- CADE (A.), ROUBIER (Ch.), MARTIN (J.-F.). — Les sténo-
ses non néoplasiques du côlon sigmoïdien et leurs
relations avec le mégacôlon. (*Lyon Chirurgical*,
N° 1, Tome X, 1^{er} juillet 1913).
- DUVAL (Pierre). — Traitement du mégacôlon, résultats
opératoires, études critiques. (*Revue de Chirurgie*, 1909).

HURST, ARTHUR et OXON. — Les sphincters du canal alimentaire et leur signification clinique. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. XV, 1925, Janvier, page 1).

BENSAUDE (R.) et SORREL. — 6 cas de mégacôlon. Examen radiologique et rectoscopique. Considérations thérapeutiques. (*Arch. des maladies de l'app. digestif et nutr.* 1914).

LECÈNE (P.). — Côlectomies pour mégacôlon sigmoïdien. (*Bull. et mém. soc. nat. de Chirurgie*. Paris, 1925, 16, 16 mai, page 522).

RICHE. — Mégacôlon chez une femme de 70 ans. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1911).

SENCERT (L.) et SIMON (R.). — Un cas d'occlusion intestinale par mégacôlon chez une jeune femme enceinte de 4 mois. Entérostomie, puis hémicôlectomie. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, XLVIII. 1922, 22 février, page 267).

SEILLÉ (Guy). — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. (*Thèse de Paris*, 1929).

DELORE et GAILLARD. — *Lyon médical*, n° 17, page 774, tome CXXX, Septembre 1921.

ANDÉRODIAS. — Grossesse chez une femme atteinte de mégacôlon. (*Gaz. Hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, XLVI, 1925, n° 11, 15 mars, page 172).

TUFFIER. — Dilatation du côlon pelvien, maladie de Hirs-

chsprung. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*. 1907).

- Dilatation congénitale dite idio-pathique du côlon (mégacôlon). (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*. 1907).

POZZI. — Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin. (*Congrès de Chirurgie de Paris*. 1905).

CARNOT (P.) et FRIEDEL (G.). — Dextrocardie par mégacôlon. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*. Page 577, Tome X, 1919).

BENSAUDE (R.), CAIN (André), LAYANI (F.). — A propos d'un cas de malade de Hirschsprung post-encéphalitique à symptomatologie gastrique prédominante. (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la nutrition*. Tome XVIII, n° 1, Janvier 1928).

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	15
Pathogénie	18
Symptomatologie	21
Observation Lecène	22
Observation Bensaude	23
Observation Bensaude, Sorrel	24
Observation Monod	26
Observation André Cain, Arnous, Bézikovitch	28
Observation R. Bensaude, André Cain, F. Layani ..	35
Observation P. Carnot, G. Friedel	53
Observation Lecène	63
Observation Professeur Gosset	65
Observation Docteur Navarro	67
Observation A. Cade, Ch. Roubier, J.-F. Martin	70
Observation Monod	78
Observation Professeur Gosset	83
Observation Delore, Gaillard	85
Observation R. Grégoire, Pierre Duval	88
Conclusions	92
Bibliographie	95

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv*
